



III Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa

- RELATÓRIO DE ESTÁGIO -

Apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
para obtenção do grau de Mestre

**“ A Intervenção do Enfermeiro na Adesão do Idoso com
Insuficiência Cardíaca ao seu Regime Medicamentoso”**

Carlos Miguel Alves Duarte

2013

III Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa

- RELATÓRIO DE ESTÁGIO -

**“ A Intervenção do Enfermeiro na Adesão do Idoso com
Insuficiência Cardíaca ao seu Regime Medicamentoso”**

Carlos Miguel Alves Duarte

Orientado por : Professora Doutora Maria Adriana Henriques

2013



*“Quando formos velhos,
Se um dia formos velhos,
Quem irá querer saber quem tinha razão?
De olhos na falésia, espera pelo vento,
Ele dá-te a direção”*

Manel Cruz

RESUMO

Introdução

O envelhecimento da população é um problema de dimensão global. O facto de vivermos mais anos constitui um verdadeiro desafio para os serviços de saúde. É urgente encontrar formas cada vez mais eficazes de controlar as doenças crónicas, maximizando os recursos, minimizando os gastos e encontrando formas de agir que mantenham os idosos integrados nas suas famílias e na sociedade.

A forma como os idosos e suas famílias gerem regimes medicamentosos para o controle de doenças crónicas como a insuficiência cardíaca é pouco eficaz. Há evidência que relaciona o elevado número de admissões hospitalares apenas para estabilização de quadros agudos de insuficiência cardíaca ao fenómeno da Não Adesão.

Ao nível do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal não existe um método de diagnóstico de casos de Não Adesão que permita uma correta intervenção especializada e monitorização.

De forma a adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa, desenvolvemos uma forma de agir que nos permitiu identificar idosos que não aderiam ao seu regime medicamentoso.

Metodologia

De modo a contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados à pessoa idosa internada por descompensação cardíaca e promover comportamentos de mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem, realizámos estágios no Serviço de Urgência e na Equipa de Gestão de Altas do Centro Hospitalar de Setúbal.

Resultados

Tendo em conta os objetivos delineados, consideramos que no final foram atingidos todos os objetivos a que nos propusemos.

Centrando a atenção na Pessoa, a primeira fonte do conhecimento, após a estabilização do quadro agudo da sua doença crónica, determinámos as causas que levam o idoso a não aderir, intervindo e monitorizando a eficácia das intervenções ao longo do tempo.

Conclusão

Tendo em consideração a etiologia da problemática em estudo, consideramos fundamental a implementação de programas de diagnóstico, acompanhamento e monitorização de idosos que não aderem ao seu regime medicamentoso.

Entendemos a monitorização como um eixo dinâmico entre o enfermeiro e o idoso-cuidador, onde a informação flui de forma bidirectional. O estreitamento da relação entre profissional de saúde e o idoso parece-nos um elemento essencial e facilitador, tanto para o diagnóstico, como para a promoção da Adesão.

Palavras-Chave: Idoso, Adesão, Insuficiência Cardíaca, Intervenções de Enfermagem

ABSTRACT

Introduction

Population aging is a global concern problem. The fact that we live more years is a real challenge for health services. It is urgent to find ever more effective ways to control chronic diseases, maximizing resources and minimizing costs, finding ways to act to keep the elderly integrated into their families and society.

The way the elderly and their families manage drug regime for the control of chronic diseases such as heart failure is ineffective. There is evidence that links the high number of hospital admissions only for stabilization of acute heart failure to the phenomenon of Non-Adherence.

On the ER of Setúbal Hospital Center, there is no method of diagnose cases of Non-Adherence and a specialized intervention and monitoring is not allowed.

In order to acquire skills in providing skilled nursing care for the elderly, we developed a form of acting that allowed us to identify elderly people who did not adhere to their medication regimen.

Metodology

To contribute as a nurse specialist to improve the practice of elderly in-patient care with decompensated heart failure and promote behavior change in the care practice with the nursing staff, we held internships in ER and the In-Patient Management Team of Setúbal Hospital Center.

Results

Having regard to the objectives outlined, we believe that in the end were attained all the objectives we proposemos.

Focusing attention on the person, the first source of knowledge, after stabilization of their acute chronic disease, we determined the causes the elderly not to join, intervening and monitoring the effectiveness of interventions over time.

Conclusion

Taking into account the etiology of the problem under study, we consider fundamental to implement diagnostic programs, monitoring and monitoring of elderly people who do not adhere to their medication regimen.

We consider monitoring as a dynamic axis between nurse and caregiver-elder, where information flows so bidirectional. The close relationship between the health professional and the elderly seems to us an essential and facilitator for both the diagnosis and to the promotion of Adherence.

Key-Words: Elderly, Adherence, Heart Failure, Nurse Interventions

AGRADECIMENTOS

Ter a capacidade de olhar para nós próprios com um sentido crítico sempre renovado torna-nos por certo pessoas melhores, profissionais mais dedicados e com uma visão mais global das necessidades das Pessoas.

Acreditar que sozinhos não podemos mudar o mundo mas que unidos podemos fazer sempre melhor, tem sido a mensagem em que acredito e que tento transmitir diariamente na minha atividade profissional. É a discutir ideias absurdas que encontramos soluções sólidas e concretas para os problemas mais complexos. Gostaria por isso de dedicar este trabalho aos Enfermeiros que ousam e que têm a capacidade de abrir a mente e pensar, sem medo, de maneira diferente.

Agradeço pessoalmente à Ex^a Sr^a Professora Doutora Adriana Henriques pela orientação tutorial deste trabalho e pelos contributos que o seu próprio trabalho, na área do ensino e investigação, trouxeram à problemática de Adesão nos idosos. Agradeço também à Enf^a Especialista Rosa Piteira pelo apoio, incentivo e orientação durante o estágio.

Gostaria ainda de agradecer a todas as pessoas que me apoiaram, subscrevendo as minhas preocupações acerca da problemática em estudo. Obrigado pelo incentivo, palavras amigas e debate de ideias: Susana Pinto, Gonçalo Pereira, Daniel Gomes, Joana Campos, Vera Oliveira, Guida Amaral, Cláudia Ribeirinho, Jorge Nunes, Tânia Mara Mendão, Carolina Barreiros, Sónia Sousa, Sara Bravo, João Ribeiro, Paulo Pedrosa e João Mário.

Um agradecimento especial aos meus pais por me terem transmitido valores como o respeito e a lealdade, sem que a ambição signifique o atropelo ou desrespeito pelos outros.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EPICA - Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem

IAI – Instrumento de Avaliação Integrado

IC – Insuficiência Cardíaca

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

INE – Instituto Nacional de Estatística

NYHA – New York Heart Association

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

WHO – World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fatores que influenciam mudanças comportamentais – (WHO, 2003)	19
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores de complexidade que levam uma pessoa a não aderir ao seu regime terapêutico	17
Quadro 2 - Intervenções de enfermagem para o aumento da Adesão	20

SUMÁRIO

	Pág.
Resumo	iv
Abstract	vi
Agradecimentos	vili
Lista de Siglas e Abreviaturas	ix
Lista de Figuras	x
Lista de Quadros	x
0. INTRODUÇÃO	12
1. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	14
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
2.1. A intervenção do enfermeiro com idosos que não aderem ao seu regime medicamentoso	20
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE APRENDIZAGEM	25
3.1. Finalidade do estágio / Definição de objetivos	25
3.2. Descrição de atividades / Aquisição de competências	26
4. REFLEXÃO E AVALIAÇÃO	37
4.1. Fatores facilitadores	39
4.2. Fatores inibidores	39
4.3. Questões éticas	39
5. CONCLUSÃO	41
BIBLIOGRAFIA	
Apêndice 1 - Apresentação do Projeto à Equipa	48
Apêndice 2 - Ptorocolo de Ação	69
Apêndice 3 - Instrumento de colheita de dados / diagnóstico de Não Adesão	71
Apêndice 4 - Casos Clínicos	90
Apêndice 5 - Folheto de Follow-Up	121
Apêndice 6 - Gráficos de resultados	123

0. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a Adesão um problema à escala mundial, de uma magnitude impressionante e que aumenta à proporção das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. O facto dos profissionais de saúde não identificarem a Não Adesão como um problema de saúde, leva a um sub-diagnóstico dos casos e à inexistência de programas institucionais para minimizar os seus efeitos. (WHO,2003)

Inserido no plano de estudos do III Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vetente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, levamos a cabo um estágio de 500h que decorreu no período compreendido entre o dia 1 de outubro de 2012 e o dia 15 de fevereiro de 2013, sob supervisão da enfermeira especialista Rosa Piteira e da Professora Doutora Maria Adriana Henriques, desenvolvemos no Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), um programa que nos permitiu identificar idosos com Insuficiência Cardíaca (IC) que não aderiam ao seu regime medicamentoso e com eles e suas famílias, desenvolver um trabalho de educação / re-educação baseado nas suas reais necessidades.

Terminado o estágio, considera-se profícua a apresentação de um relatório no sentido de compreender se os objetivos traçados à partida foram alcançados.

O relatório de estágio pertence descrever todas as atividades desenvolvidas no âmbito de um percurso permanente de aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em Pessoa com doença crónica e paliativa e que visam a promoção de cuidados de enfermagem especializados baseados na melhor evidência científica. Serve também o presente documento de indicador de avaliação de todos os objetivos específicos deliniados à partida no projeto de estágio.

O presente trabalho está organizado em 5 capítulos. O primeiro e segundo capítulo são dedicados respetivamente à caracterização da problemática de partida e

enquadramento teórico. No terceiro capítulo debruçamo-nos sobre a descrição das atividades realizadas no estágio e de como as mesmas contribuíram para a aquisição de competências de enfermeiro especialista. O quarto capítulo é dedicado à reflexão e avaliação do trabalho desenvolvido bem como à análise dos resultados obtidos com a implementação do projeto. No quinto e último capítulo fazemos uma síntese de todas as aprendizagens adquiridas e de como as mesmas contribuíram para uma visão global dos problemas dos idosos.

1. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A OMS considera idosa, a pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, prevendo que no ano 2050, $\frac{1}{3}$ da população a nível mundial atinga esta idade (WHO, 2011). Em Portugal, o último Censur 2011 cifra em 2,23 milhões o número de pessoas com mais de 65 anos, o que representa cerca de 20% da população nacional (INE, 2011). Os idosos apresentam várias patologias crónicas em simultâneo, necessitando utilizar mais medicamentos que as pessoas mais jovens (WHO, 2002).

Considerada como “a síndrome do idoso”, a Insuficiência Cardíaca (IC) é um síndrome sistémico, progressivamente incapacitante e cujo regime medicamentoso é especialmente eficaz no atraso da progressão da doença. (SPC, 2009 ; Phipps, Long, Woods & Cassmeyer, 1995). Em Portugal o estudo EPICA¹ atribui uma prevalência de 7,63% para a faixa etária dos 60 aos 69 anos, sendo crescente nas faixas etárias dos 70 aos 79 anos e mais de 80, respetivamente, 12,67% e 16,14% (Ceia, 2003).

A Adesão continua a ser um dos maiores problemas no que à gestão da IC diz respeito e é um dos factores precipitantes para a descompensação em 40% dos doentes (Muzzarelli *et al*, 2010), condicionando internamentos hospitalares frequentes apenas para controlo da sintomatologia e ajustes terapêuticos (Jungens, Hoke, Byrnes & Riegel, 2009). Para Henriques (2011) “a não adesão à medicação é considerada como um aspeto de saúde relevante para a prática de enfermagem, que afeta grande parte dos idosos” (p.11) , exigindo por isso intervenções complexas por parte destes profissionais.

O controlo da sintomatologia da IC é um processo complexo condicionado por um regime terapeutico também ele complexo. Estudos recentes indicam que a pessoa idosa toma em média de 8 comprimidos por dia. A um regime terapeutico complexo mas imprescindível para a melhoria da sua qualidade de vida, juntam-se fatores

¹ Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem

interínsecos à condição de idoso como organismo vivo, quer seja pela farmacocinética e farmacodinâmica particular e associada ao processo de envelhecimento como também a fatores inerentes um declínio progressivo das faculdades mentais e físicas (Ceia, 2003; Henriques, 2011; Turnheim, 2005).

É sobre esta problemática que reside o enfoque principal deste trabalho, na medida em que se pretende contribuir para a construção de um programa institucional que leve os idosos com IC a tomarem de forma consciente os seus medicamentos, melhorando a resposta que os serviços de saúde lhes possam proporcionar com os recursos já existentes, mediado pelas intervenções de um enfermeiro especialista inserido numa equipa multidisciplinar.

Não são conhecidos até à data em Portugal programas integrados de diagnóstico, intervenção e acompanhamento / monitorização sistemática de casos de não adesão a nível hospitalar. Das entrevistas semi-estruturadas levadas a cabo na fase de diagnóstico de situação, constatou-se um desconhecimento alargado por parte dos enfermeiros em relação à problemática em estudo, o que só por si é um fator preditor de Não Adesão (WHO, 2003)

A problemática de partida deste trabalho reside assim, no interesse em desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas com IC e seus familiares.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Estudar o processo de adesão do idoso ao seu regime medicamentoso é uma forma de percebermos como os idosos gerem a sua medicação e de como os enfermeiros os podem ajudar na gestão de uma doença crónica

(Henriques, 2011)

Entende-se por Adesão a um regime medicamentoso, o conjunto de comportamentos que levam o idoso a adquirir competências para, de forma autónoma ou recorrendo à ajuda uma pessoa de referência, possa tomar os seus medicamentos de acordo com as instruções que lhe são fornecidas por um profissional de saúde. (Henriques, 2011; Haynes *et al*, 2008 ; Bugalho & Carneiro, 2004 ; WHO, 2003).

A problemática da Não Adesão surge, na sua essência, numa aparente relação assimétrica entre os pacientes e os profissionais de saúde. O facto de existir um desconhecimento generalizado por parte do profissional em relação a esta problemática leva só por si a um “não-diagnóstico” de casos. Por outro lado, por parte da Pessoa, manifestações leigas de autonomia ou de desafio ao “*poder*” do profissional de saúde, apoiadas e suportadas na consciência de si, nas suas crenças, na dor, na ausência dela, no desconforto ou até na ausência de sintomatologia, levam a que deixe de tomar os seus medicamentos (Henriques, 2011 ; Horne, 1997; Cabral & Silva, 2009).

A OMS define adesão pela forma como uma pessoa segue as instruções de um profissional de saúde (WHO, 2003), entendendo ser este um problema de dimensão mundial com impactos negativos na qualidade de vida dos doentes e suas famílias bem como nos serviços de saúde, com implicações sociais e económicas diretas em todos os países. Pensa-se que a taxa de adesão a nível mundial se cifre nos 50% (WHO, 2002). Segundo a OMS, são 5 fatores de complexidade que levam uma pessoa a não aderir ao seu regime:

Fatores Sócio-Culturais	Inclui a pobreza, as condições socio-económicas, o analfabetismo, o desemprego, o preço dos transportes e da medicação, a distância entre o domicílio e os serviços de saúde, as crenças e costumes, colocam os doentes em situações de desvantagem, forçando a ponderação de prioridades que podem não incluir o cumprimento da medicação.
Fatores relacionados com os profissionais e os serviços de saúde	Inclui o défice de conhecimento por parte dos profissionais de saúde em relação a doenças crónicas específicas, sistemas de saúde deficitários, inexistência de consultas específicas ou falta de tempo ou disponibilidade para o seguimento, falta de incentivos, incapacidade dos profissionais de saúde de avaliar o grau de adesão e a sua repercussão nos indicadores de saúde
Fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidades	Inclui a gravidade dos sintomas, a progressão e incapacidade geradas pela doença, a disponibilidade de terapêuticas eficazes e a existência de co-morbilidades. Os níveis de adesão são reconhecidamente menores nos doentes com patologia psiquiátrica.
Fatores relacionados com a própria terapêutica	Inclui a complexidade do regime terapêutico, a duração do tratamento, alterações frequentes do esquema terapêutico e ausência imediata de melhoria clínica
Fatores individuais relativos à pessoa	Inclui a ausência de informação e de auto-conhecimento em relação à própria doença, a diminuição da motivação e da confiança no tratamento, a ansiedade inerente às tomas de fármacos, a incapacidade em manusear o esquema terapêutico, a ausência de percepção da necessidade do tratamento, o medo de dependência ou a discriminação.

Quadro 1 – Adaptado de WHO, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004

Existem genericamente dois tipos de métodos para determinar se uma pessoa adere ou não ao seu regime medicamentoso. Os métodos diretos incluem a avaliação da concentração sérica do fármaco prescrito (cruzando-se essa informação com a posologia administrada), a administração assistida ou a dispensa automática de fármacos no domicílio com o recurso a aparelhos eletrónicos específicos. Os métodos diretos são complexos e dispendiosos e não garantem a 100% que a medicação foi efetivamente tomada ou se os horários das tomas foram respeitados (Bugalho & Carneiro, 2004; WHO, 2003). Os métodos indiretos por sua vez, incluem a contagem de comprimidos (o que também não invalida a hipótese de os mesmos não terem sido tomados), e a inquirição direta da pessoa através de questionário. Muzarelli *et al* (2010) efectuou um estudo onde cruza os dois tipos de métodos concluindo que, o método direto de avaliação da concentração sérica do fármaco é eficaz mas de difícil exequibilidade pelo seu custo elevado e por colocar a Pessoa numa posição inquisitória. Por outro lado, métodos indiretos como o questionário, são facilmente manipulados por uma eventual sobrevalorização comportamental, existindo grandes discrepâncias no diagnóstico de Adesão entre os dois tipos de

métodos. Apesar de tudo, os métodos indiretos são os mais utilizados, pela fácil aplicação e pelos custos reduzidos.

Um dos instrumentos mais utilizados é o questionário de auto-relato de Morisky *et al* (1986) devido à sua simplicidade e das quais fazem parte as seguintes perguntas:

1.) Alguma vez se esqueceu de tomar algum medicamento? 2.) Tem atenção às horas a que deve tomar os medicamentos? 3.) Quando se sente melhor, deixa de tomar os medicamentos? 4.) Quando se sente pior com a toma dos medicamentos, deixa de os tomar? Em 2008, Ramalhinho & Cabrita, tendo em consideração as características da população portuguesa, sugeriram a inclusão da seguinte pergunta: *“Alguma vês deixou de tomar medicamentos por não ter possibilidades financeiras para os adquirir ?”*

Não existe portanto evidência que sustente um método em detrimento de outro. Sabe-se que existe uma sobre-valorização em auto-relato de cerca de 20%, no entanto ainda assim, o questionário é considerado um instrumento válido. (Bugalho & Carneiro, 2004 ; Henriques, 2011). Para Henriques (2011), na aplicação de um questionário de Adesão, é importante o enfermeiro reconhecer que *“numa relação de confiança e duradoura entre o profissional de saúde e a pessoa idosa, não haverá necessidade deste sobrevalorizar o seu comportamento de adesão quando sobre ele é questionado, porque sabe que não vai ser julgado, nem repreendido”* (p. 23). O tipo de relação desenvolvido entre o enfermeiro e o idoso é assim um fator importante no diagnóstico de casos de Não Adesão.

Para Henriques (2011) devido à multiplicidade de fatores inerentes a esta problemática, não é possível de todo ter uma Adesão total nos idosos (Henriques, 2011). No entanto, mesmo a Adesão Parcial, implica a adoção de novos comportamentos terapêuticos perante a doença e sobretudo a sua manutenção através de uma monitorização de intervenções. O cumprimento prolongado da medicação recomendada é difícil e altera a rotina diária, especialmente em patologias que cursam de forma assintomática. (Bugalho & Carneiro, 2004)

Para a WHO (2003), a adoção de novos comportamentos terapêuticos passa pela criação de um eixo dinâmico de mudança, entre a informação fornecida sobre

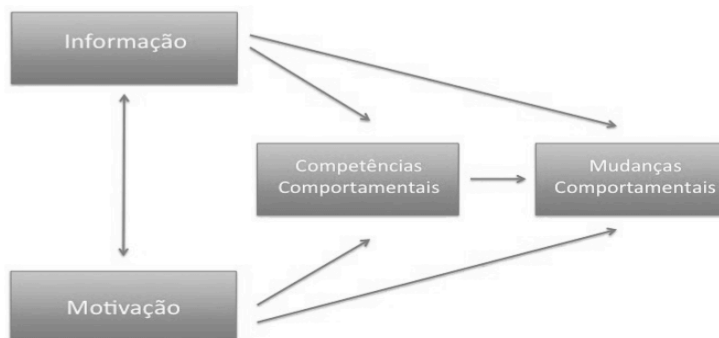


Figura 1 – Adaptado de WHO, 2003

a doença e a motivação da pessoa para a mudança. O dinamismo criado neste eixo dotará a pessoa de habilidades comportamentais que levarão no final a uma mudança de comportamento (Figura 1). Para Henriques (2011): *“as pessoas idosas assumem cada vez mais a responsabilidade pelo seu auto-cuidado sendo imperativo que os enfermeiros (...) proporcionem a aquisição de competências essenciais para promover o auto-cuidado com garantia de independência e bem-estar”* (p.4)

Para Bastos & Paiva e Silva (sd):

“o auto-cuidado tem diferentes significados para diferentes pessoas e, enquanto comportamento, reflete o estilo individual, as adaptações específicas, as atuais circunstâncias e as perspectivas de futuro de cada pessoa. Face à doença crónica verifica-se que, perante necessidades similares, as pessoas têm diferentes respostas comportamentais e de atitude.” (p. 1)

Nos seus estudos desenvolvidos pelos autores supra-citados, a gestão do regime medicamentoso surge como um indicador do processo de transição saúde/doença. Os seus trabalhos, à semelhança de estudos já publicados por Backman & Hentinen (1999), permitiram também, numa população portuguesa, isolar quatro estilos de gestão de regime terapêutico: o *“negligente”*, o *“formalmente guiado”*, o *“independente”* e o *“responsável”*. Para os autores: *“este estilo está associado a uma combinação de condições que vão desde os atributos pessoais e de apoio social com foco na estruturação da família, até outros fatores facilitadores, como nível educacional e de profissionais de saúde, tecnicamente competentes e acessíveis, promotores de suporte e de capacitação”* (Bastos & Paiva e Silva, sd, P. 9).

Em termos práticos, as intervenções de enfermagem devem-se adequar e variar quanto à forma, conteúdo, intensidade e intencionalidade de acordo com o estilo de gestão (Ibidem, sd)

Para Escoval *et al* (2010), as organizações de saúde deverão assim adoptar medidas de gestão integrada da doença crónica centrada no doente e com especial enfoque no auto-conhecimento e capacitação para auto-gestão da doença. A saúde, sendo uma experiência individual, requer por isso uma individualização das intervenções por parte dos enfermeiros. Para Suhonen, Valimki e Leino-Kilpi (2008), as intervenções de enfermagem que se enquadrem na educação para a auto-gestão ou no aconselhamento, por fazerem parte de um conjunto de experiências individuais de aprendizagem para o cliente, introduzem uma melhoria nos resultados da Adesão.

2.1. A intervenção do enfermeiro com idosos que não aderem ao regime medicamentoso

A Enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro com uma pessoa/grupo, compreendendo e respeitando o quadro de valores, crenças e desejos individuais, devido à formação e experiência que detêm. Esta relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, pelo respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (OE, 2002).

Para Collière (1999) Cuidar é um ato de vida, pela palavra em si representar uma variedade infinita de atividades que visam mantê-la e sustentá-la, permitindo assim a sua continuação. A vida é vista pela autora como *“um conjunto de funções para resistir à morte”* (p. 251).

O enfermeiro deve centrar o seu enfoque nas necessidades da pessoa sendo esta a sua primeira fonte de conhecimento. A Pessoa deve ser encarada como um Homem vivo, situado no seu meio ecológico, *“inserido no universo cósmico, fundamento e única razão de ser dos cuidados de enfermagem”* (Collière, 1999, p.251) e deve ser devidamente situada *“no seu contexto de vida, tentando compreendê-lo em relação aos costumes, hábitos de vida, crenças, valores que veicula, bem como situar o impacto da doença e das limitações que lhe são inerentes em relação a esse contexto”* (p. 296). Desta forma, os cuidados de enfermagem são *“um processo de discernimento de necessidades de saúde indispensáveis à vida de alguém ou de um grupo; ou seja, uma interrogação, um diagnóstico, relativos às necessidades vitais, sejam de ordem biológica, afetiva, social e económica”* (Collière, 2003, p. 241). O

processo de enfermagem acaba por ser a resolução sistemática de problemas (Sorensen & Luckman, 1998).

O desenvolvimento de estratégias preditoras de Adesão do idoso, devem envolver obrigatoriamente a família / sociedade, sendo de privilegiar o envolvimento de um cuidador familiar sempre que possível. É a *“partir das preocupações das pessoas, das suas inquietações, das suas preocupações, da expressão dos seus desejos, das suas expectativas”*, (Collière, 2003, p.134) que o enfermeiro entende o que é prioritário na sua intervenção. Da colheita de dados o enfermeiro estabelece os seus diagnósticos, entendidos como a *“tentativa de análise de situação que visa identificar a natureza das necessidades ou problemas de saúde, vividos por uma ou mais pessoas, num dado meio, e que requerem cuidados de enfermagem”* (Collière, 1999, p. 293). Assim, a intervenção do enfermeiro visa o desenvolvimento da capacidade de viver ou de tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença da pessoa, procurando suprir uma disfunção física, afetiva ou social ocorrida (Collière, 1999). Se estas necessidades não forem satisfeitas não é possível existir saúde, por esta *“representar o conjunto das possibilidades que permitem à vida manter-se e desenvolver-se”* (Collière, 2003, p.226).

A vida e a saúde, são um processo dinâmico que apela a uma criatividade sempre renovada, ou seja, à descoberta e mobilização permanente da rede de capacidades e potencialidades de cada pessoa. O processo de enfermagem torna-se assim um processo de elucidação-ação, construído através da constante mobilização de elementos que entram em interação com vista a definir as necessidade vitais da pessoa, de uma família ou grupo que é preciso suprimir, a fim de desencadear a ação que as pode satisfazer ou compensar (Collière, 1999). Para a autora: *“o domínio dos cuidados de enfermagem, situa-se, verdadeiramente na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito à sua limitação ou à sua doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio”* (p.287).

Parece-nos pertinente que, perante uma aparente necessidade de mudança de paradigma no cuidado à pessoa idosa, o enfermeiro especialista possa desempenhar um papel de gestor de caso, centrando e individualizando o cuidado

na pessoa a vivenciar um processo de doença e inserida no seu ambiente, concertando com outros profissionais, as intervenções mais eficazes tendo em conta as necessidades da pessoa.

A evidência demonstra-nos que a intervenção do enfermeiro se deverá dividir em três momentos distintos: a) diagnóstico da capacidade de auto-gestão e Não Adesão; b) educação para a auto-gestão; c) monitorização.

Diagnóstico da capacidade de auto-gestão e Não Adesão

A capacidade do idoso gerir de forma autónoma o seu regime medicamentoso tem por base duas condições: um estado cognitivo mantido e uma capacidade funcional que lhe permita por exemplo abrir as caixas dos comprimidos ou tomar um copo com água. (Cárdenas-Valladolid *et al*, 2010; Henriques, 2011).

Um diagnóstico de Não Adesão requer uma avaliação multidimensional do idoso por forma a identificar o(s) fator(es) que possam estar na sua origem. A inclusão de escalas como a escala de Lawton e Brody, escala de Barthel, a escala de depressão geriátrica de Yesavage, a Escala de Dispneia Modificada do Conselho Britânico juntamente com o questionário de auto-relato de Morisky adaptado, parece-nos pertinente no âmbito do diagnóstico. A identificação de fatores preditores de Não Adesão, tal como isolados no quadro 1, serão também por certo uma mais valia no diagnóstico.

No final desta fase o enfermeiro deve perceber se o idoso está disposto em cumprir as instruções de um profissional de saúde e se tem capacidade para a auto-gestão. A inclusão do cuidador familiar neste processo funciona como fator facilitador, pois é também com Ele, que o enfermeiro estabelece uma parceria de cuidados (Bugalho & Carneiro, 2004 ; Sequeira, 2010).

Educação para a auto-gestão

A educação do idoso/família focado na auto-gestão da doença é reconhecida como essencial e os enfermeiros são os elementos chave nesta relação (Washburn & Hornberger, 2008). A adesão pela sua complexidade requer intervenções complexas e multifacetadas. *“O enfermeiro tem de ser capaz de estabelecer um plano de intervenção que*

tenha em conta a concordância da pessoa e com ela e com a família, negociar de acordo com as crenças e valores, necessidades sociocognitivas, comportamentais e educativas esse plano com objetivo e metas exequíveis e mensuráveis” (Henriques, 2011, p. 34).

Existem um conjunto de intervenções de enfermagem comprovadamente eficazes na melhoria da Adesão do idoso. Estas podem-se dividir em intervenções educacionais e comportamentais e que devem constituir no seu todo, um conjunto de experiências individuais para o idoso / família (Bugalho & Carneiro, 2004 ; Henriques, 2011 ; Suhonen, Valimki & Leino-Kilpi, 2008).

No quadro 2 resumimos um conjunto de intervenções comprovadamente eficazes na Adesão:

Intervenções de enfermagem para aumento da Adesão	
INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS	
Administração de informação	
Oral	(Informação acerca do estado de saúde, diagnóstico e prognóstico da doença)
Escrita	(Disponibilização de informação em suporte papel acerca da insuficiência cardíaca)
Programa de educação individual (Ensino à família acerca do regime medicamentoso)	
INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS	
Aumento da comunicação e aconselhamento	
Direto	
Seguimento direto por via telefónica (Inclui a monitorização da eficácia das intervenções e o estado de saúde do idoso)	
Intervenção familiar (Entrevista de família e envolvimento da família nos ensinos de preparação para alta)	
Visita Domiciliária	
Envolvimento dos doentes no seu tratamento	
Auto-monitorização da doença (Capacitar o idoso/família para monitorizar a glicemia, tensão arterial, função respiratória)	
Memorandos	
Informação visual sobre a toma da medicação	
Recompensa pela melhoria da adesão e resultados terapêuticos	
Facilitação na aquisição de aparelhos de monitorização de tensão arterial e glicémia	

Quadro 2 – Intervenções eficazes na Adesão (Bugalho & Carneiro, 2004; Henriques, 2011)

Monitorização

De acordo com Henriques (2011): *“Monitorizar os resultados das intervenções é imprescindível para perceber de que forma elas produzem resultados favoráveis de saúde, percebidos pela pessoa de forma continuada”*. Apesar de existirem descritas formas de telemonitorização complexas e mais invansivas que passam pela monitorização permanente dos sinais vitais, utilização de vídeo-vigilância, entre outras, um regime de *follow-up* consistente ao longo do tempo como a disponibilização de uma linha de apoio telefónico permanente, visita domiciliária ou o contacto telefónico regular pelo profissional de saúde, permite manter um nível de adesão aceitável ao longo do tempo, diminuindo

os níveis de ansiedade do cuidador (George, Elliot & Stewart, 2008). A auto-monitorização da doença, como o controle da tensão arterial, frequência cardíaca e glicemia, são também hipóteses a considerar (Bugalho & Carneiro, 2004). A adesão diminui se não houver um follow-up e um reforço nas intervenções feitas previamente (George, Elliot & Stewart, 2008).

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO – DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES

Recorrendo à metodologia de projeto para a resolução de problemas numa atmosfera de aquisição de capacidades e competências através da elaboração e concretização de projetos numa situação real (Guerra, 1994), foi elaborado e aceite pela ESEL em setembro de 2012, um desenho de projeto sobre o qual se desenvolveram as atividades do estágio.

Este capítulo é dedicado à abordagem dos métodos utilizados com o intuito de atingir os objetivos propostos tentando mostrar detalhadamente como as atividades foram conduzidas na colheita e na análise dos dados (Fortin, 1999).

Apesar de o desenho de projeto contemplar a integração na consulta de enfermagem de IC do CHS, a eminência do seu encerramento e a incerteza em relação ao custo/benefício que essa opção poderia trazer, fez-nos optar por integrar a Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal e a Equipa de Gestão de Altas (EGA) da mesma instituição. Desta forma pretendeu-se construir um reportório de atividades que potenciem o trabalho das equipas junto do idoso, numa fase inicial no Serviço de Urgência com o diagnóstico dos casos, e posteriormente, através da gestão de alta, criando condições para um regresso a casa de forma sustentada.

3.1. Finalidade do estágio / Definição de objetivos

O exercício especializado da profissão de Enfermeiro baseia-se numa busca constante pelas melhores práticas clínicas, procurando na melhor evidência científica, a resposta às questões que emergem da prática clínica (OE, 2010). Procurar contribuir para a implementação de um programa de diagnóstico e acompanhamento de idosos com IC que não aderem ao seu regime medicamentoso, utilizando modos de agir comprovadamente eficazes à luz da evidência científica disponível, pressupõe um conhecimento alargado em relação

aos recursos já existentes no Sistema Nacional de Saúde e de como estes mesmos recursos podem ser rentabilizados a favor dos idosos.

A proposta de objetivos para este trabalho teve em linha de conta:

- A existência de uma estrutura a nível hospitalar que se encarrega de acompanhar o internamento do idoso e a rentabilização de outros recursos já existentes;
- A evidência de que existem intervenções de enfermagem eficazes no aumento da Adesão;

Assim, traçaram-se os seguintes objetivos gerais e específicos:

Objetivo Geral 1

Contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados à pessoa idosa internada por descompensação da sua doença cardíaca

Objetivos Específicos:

- a. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa com IC internada no CHS por descompensação da sua doença*

Objetivo Geral 2

Promover comportamentos de mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem na identificação de situações de não adesão ao regime medicamentoso do idoso com IC

Objetivos Específicos

- a. Capacitar a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência (SU) e gestão de altas para a promoção da adesão do idoso ao seu regime medicamentoso.*

3.2. Descrição de atividades / Aquisição de competências

Atingir os objetivos propostos à partida permite-nos adquirir competências para cuidar a pessoa idosa e família através de uma elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (OE, 2010)

Tendo em conta o referencial teórico de Patricia Benner, penso situar-me no nível 4 de perícia no que ao cuidado da pessoa idosa diz respeito, levando para isso em linha de conta, o meu trajeto profissional até à data. O enfermeiro *proficiente* é aquele que lida com a mesma população de doentes acerca de cinco anos, acumula ao saber anterior de enfermeiro competente, a rapidez de agir e gerir a situação global mais eficientemente que o competente (Benner, 2001). Por forma atingir o nível 5 de Perito, necessito adquirir capacidades de decidir e agir a partir de uma situação de modo global, detetando precocemente alterações fisiológicas subtis que outros enfermeiros não detetam, para além de outras capacidades e competências que advêm de uma experiência clínica acrescida (Ibidem, 2001).

Objetivo Geral 1

“Contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados à pessoa idosa internada por descompensação da sua doença cardíaca”

O exercício da profissão de Enfermeiro tem como principais objetivos a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social (REPE, 1996). Para Collière, o enfermeiro tem como missão *“procurar tudo o que possa ser desenvolvido, suscitar e estimular o desenvolvimento das capacidades físicas, mentais e sociais para fortalecer o que existe ou o que resta de autonomia, discernir o que deve ser compensado, estimular e libertar as capacidades potenciais”* (Collière, 2003, p. 230).

Enquadrado naquilo que é a *praxis* de um Enfermeiro, a aquisição de competências para a prestação de cuidados especializados permite não só, disponibilizar cuidados de enfermagem cada vez mais diferenciados, como também, eficazes, melhorando a qualidade de vida de quem é cuidado (OE, 2009) e maximizando o potencial das instituições, contribuindo com novas abordagens do Cuidar aos problemas que emergem da prática.

Segundo a OE (2011), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa são:

- a. Cuidar de pessoas com doença crônica, incapacitante e terminal, de seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- b. Estabelecer uma relação terapêutica com pessoas com doença crônica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Os objetivos gerais deste estágio pretendem englobar, num caminho de aquisição de novos conhecimentos, uma prática especializada que contribua para uma melhoria assistencial à Pessoa Idosa e família com o intuito de desenvolver competências de enfermeiro especialista.

Objetivo Específico

“Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa com IC internada no CHS por descompensação da sua doença”

Atividade 1

“Apresentação do projeto previamente aceite pela ESEL nos contextos clínicos onde decorrerá o ensino clínico”

Fundamentação

A integração de um novo enfermeiro numa equipa multidisciplinar com o objetivo de desenvolver atividades de índole académico, requer uma preparação prévia para que todos se sintam envolvidos no projeto. Este tipo de atividade proporciona a mistura de vários tipos de pensamento, perspetivas diferentes e deve ser encarada como uma mais valia do produto final (Leite, Malpique & Santos, 2001).

Foi assim apresentado à EGA no dia 8 de outubro de 2012 o projeto de estágio (Apêndice 1), tendo sido discutido entre os participantes as várias formas de articulação possível, desde o diagnóstico à monitorização e ao acompanhamento pós-alta. No dia 26 de novembro de 2012 foi aprovado um protocolo de ação (Apêndice 2) que serve como indicador de avaliação desta atividade.

No domínio das competências comuns do enfermeiro especialista esta atividade permitiu-nos em primeiro lugar conceber, gerir e colaborar num programa que permite a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, desenvolvendo um papel dinamizador numa iniciativa na área da governação clínica com a criação de um protocolo de encaminhamento do idoso com IC que não adere ao seu regime medicamentoso. (OE, 2010). O acompanhamento inicial e o follow-up do idoso permitiu “*manter um ambiente terapêutico e seguro*” (OE, 2010, p.3) facilitador da Adesão. Esta atividade permitiu ainda o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade assistencial, constituindo a base de ação para todo o estágio.

Atividade 2

“Integração na EGA e a equipa do SUG do CHS”

Fundamentação

A “*formação em enfermagem está profundamente dependente da qualidade das aprendizagens em contexto clínico*” (Naphthine, 1996 citado por Abreu, 2003, p.13), que transcende a lógica da “*aplicação de conhecimentos, para se situar ao nível dos processos mais complexos de consciência, da identidade profissional e da construção coletiva de uma lógica de qualidade*” (Abreu, 2003, p.14). Uma adaptação e integração bem-sucedida permite desde logo o estabelecimento de uma atmosfera propícia ao desenvolvimento do trabalho com mais qualidade potenciando o seu desenvolvimento e alcance.

Serve a descrição dos contextos clínicos como indicador de avaliação desta atividade.

EGA – Equipa de Gestão de Altas do Centro Hospitalar de Setúbal

A EGA surgiu no ano de 2006, no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde tendo como objetivos a melhoria da eficiência da organização, a promoção de uma comunicação contínua intra e interinstitucional, efetivando uma melhoria na continuidade dos cuidados.

O trabalho desenvolvido por esta equipa baseia-se num processo multi e interdisciplinar de preparação de alta de doentes em internamento hospitalar, com

início às primeiras 24h e assenta na avaliação das necessidades da Pessoa e Família permitindo desta forma, a preparação atempada e articulação com serviços externos de modo a garantir a acessibilidade à contínuidade dos cuidados após a alta.

A operacionalização desta equipa hospitalar encontra-se legalmente enquadrada na Lei de Bases da Saúde, Dec. 101/2006 de 6 de Junho, REPE, Código Deontológico do Enfermeiro, Carta dos Direitos do Doente Internado, Regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas / Padrões de Qualidade, Regulamentos das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica / em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, Programa de Acreditação e Melhoria da Qualidade do Centro Hospitalar.

Considerando que: *“cabe ao enfermeiro especialista desempenhar papéis dinamizadores no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, na área da governação clínica, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados”* (Ordem Enfermeiros, 2011), a integração na EGA permitiu um acompanhamento transversal a todos os serviços de internamento por onde os idosos pudessem permanecer, privilegiando o primeiro contato com o profissional de saúde no Serviço de Urgência por forma a diagnosticar, dentro do período janela das 24h, casos de Não Adesão ao regime medicamentoso que estivessem na génese de novas admissões hospitalares por descompensação da IC. A equipa conta neste momento com uma enfermeira especialista, um médico especialista em medicina interna e uma técnica de serviço social

SUG – Serviço de Urgência Geral

Tendo em conta as características do trabalho que nos propusemos desenvolver, a integração no SUG pareceu-nos pertinente, maximizando também o facto de exercer funções no mesmo há cerca de 11 anos.

É um serviço eminentemente virado para a comunidade, integrado nos cuidados de saúde secundários do Sistema Nacional de Saúde sob alçada da administração regional de saúde de Lisboa e Vale do Tejo atendendo diariamente uma média de 200 utentes.

O SUG divide-se essencialmente em duas grandes áreas: a área de ambulatório e a área de internamento, também designada de Serviço de Observações (SO). Na área de ambulatório são prestados cuidados à Pessoa, com mais de 17 anos e 364 dias, no âmbito da urgência / emergência. Com a categoria de Urgência Médico-Cirúrgica possui as especialidades médicas de Medicina Interna, Cardiologia, Neurologia, Cirurgia, Orto-Traumatologia, Psiquiatria e Oftalmologia e uma equipa de enfermagem de 60 elementos, dispondo de 6 enfermeiros especialistas nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente Pessoa em Situação Crítica e Pessoa com Doença Crónica e Paliativa, Enfermagem de Reabilitação e Enfermagem Comunitária.

Segundo dados oficiais do Gabinete de Estatística do Centro Hospitalar², cerca de 31,25% de todas as admissões no SUG corresponde a indivíduos com mais de 65 anos, 15% dos quais acabam por ficar internados SO, a que corresponde um valor absoluto de 3945 idosos. De notar que, em termos percentuais, o SO apresenta taxas de lotação na ordem dos 250%, sendo 86% das pessoas internadas, idosas. Devido a esta sobre-lotação, estima-se que no ano de 2012, tenham tido alta do SO diretamente para a comunidade, uma média de 2 idosos por dia.

Tendo em conta as especificidades da área em estudo consideraram-se os dois contextos clínicos aqui descritos como possuindo as características necessárias e de especial relevância para o desenvolvimento da sequência de atividades com vista à operacionalização dos objetivos propostos. Foram realizadas uma série de entrevistas informais, nomeadamente à Enfermeira-Tutora Rosa Piteira e responsável pela EGA, enfermeira chefe do SUG, enfermeira especialista em enfermagem comunitária do SUG e restantes enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica do SUG, favorecendo por um lado a integração do projeto na equipa, como o desenvolvimento do mesmo.

No domínio das competências comuns do enfermeiro especialista esta atividade permitiu-nos o desenvolvimento de competências do domínio da gestão dos cuidados através de uma gestão de recursos a novas situações e contextos visando

² Dados referentes ao ano de 2012

a optimização da qualidade através da melhoria das respostas no ceio da equipa de enfermagem (OE, 2010). No domínio das aprendizagens profissionais, esta atividade permitiu também desenvolver a comunicação inter-pessoal e a assertividade (Ibidem, 2010).

Atividade 3

“Desenvolvimento de instrumento de colheita de dados e diagnóstico de Não Adesão ao regime medicamentoso do idoso para aplicação sistemática ao idoso/família com descompensação da sua IC

Fundamentação

Como vimos ao longo do enquadramento teórico deste trabalho, o diagnóstico de casos de não Adesão é um processo complexo não existindo um instrumento fidedigno para o avaliar.

Desenvolver um instrumento de colheita de dados (Apêndice 3) por forma a identificar as causas de Não Adesão pareceu-nos mandatório desde o início do estágio. Centrando a atenção na Pessoa como primeira fonte de conhecimento e tendo em conta que a mesma se insere num meio envolvente onde experiencia a sua doença (Collière, 1999), conseguimos obter informações referentes aos dados biográficos, de suporte familiar e social, dependência³, autonomia⁴ e competência funcional⁵, bem como aos dados referentes ao auto-conhecimento da sua doença crónica e regime medicamentoso. Optámos neste fase também por determinar o perfil bio-psico-social do idoso com o recurso ao instrumento de avaliação integral (IAI)⁶, pela rapidez e simplicidade da sua aplicação, pela forma como poderíamos

³ **Dependência** é “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós- traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária” (Decreto-Lei no 101, 6 de Junho, 2006).

⁴ **Autonomia** refere-se à capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida quotidiana de acordo com as próprias regras e preferências (WHO, 2002).

⁵ **Competência funcional** é a capacidade da pessoa em realizar as actividades relacionadas com o seu autocuidado (actividades básicas da vida diária - ABVD), as actividades necessárias à sua independência (actividades instrumentais de vida diária - AIVD) e as actividades relacionais em função da sua capacidade cognitiva (SEQUEIRA, 2010).

⁶ O **IAI** foi desenvolvido pela unidade de missão para os cuidados continuados integrados e tem por objetivo uma avaliação biopsicossocial da pessoa da seguinte forma: (1) abordagem diagnóstica de detecção e monitorização longitudinal, de pessoas em situação de dependência, delineada com base em instrumentos internacionais validados; (2) Contribuir para um plano individual de intervenção em que a ênfase é posta na manutenção e recuperação de capacidades; (3) Identificar perturbações físicas, funcionais, mentais, sociais e de hábitos de vida; (4) Monitorização de informação de natureza biopsicossocial, de forma uniformizada e passível de ser informatizada, a nível local e central, tanto o registo de dados como a sua análise. A

determinar as áreas mais problemáticas para o idoso e família e por último, aproveitando também desta forma um recurso disponível na equipa de gestão de altas, útil também no planeamento da alta.

Após a análise ao resultado do perfil bio-psico-social do idoso foram utilizados outros instrumentos mais específicos de diagnóstico como a escala de Lawton e Brody, escala de Barthel, a escala de depressão geriátrica de Yesavage, o questionário de auto-relato de Morisky adaptado. Foram ainda utilizadas outras escalas com a Escala de Dispneia Modificada do Conselho Britânico de Pesquisas Médicas e o Mini Nutricional Assessment®

Esta atividade permitiu-nos a identificação das necessidades de pessoas com IC e seus cuidadores, promovendo o seu envolvimento em todo o processo, planeando e promovendo as intervenções mais adequadas. Desta forma desenvolvemos competências no cuidados a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida (OE, 2011).

Do ponto de vista das competências no domínio da gestão de cuidados, esta atividade permitiu *“negociar recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade”*, contribuindo para a optimização do trabalho em equipa. (OE, 2010)

Durante o período em que decorreu o ensino clínico foram elaboradas 5 versões deste instrumento, remetendo-se para apêndice (Apêndice 3), aquela que foi a sua última versão.

utilização deste instrumento permite também uma articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários pelo seu registo ser efetuado numa base de dados e estar disponível para consulta *on-line* 24h/dia por forma a assegurar a continuidade de cuidados.

http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ApresentacaoIAI_UMCCI.pdf

Atividade 4

“Dotar o idoso / família dos conhecimentos e habilidades necessárias para a auto-gestão da doença como foco de intervenção.”

Fundamentação

A figura do gestor de caso configura-se como uma mais valia importante em Pessoas com doença crónica (Escoval *et al*, 2010). Para Banning (2012), este tipo de intervenções só são possíveis se os enfermeiros adquirirem mais conhecimentos e treino.

Por forma a basear a nossa prática na melhor evidência disponível foram aplicadas as intervenções dadas como mais eficazes na promoção da Adesão do idoso ao seu regime medicamentoso. Por forma a monitorizar de forma sistemática a sua eficácia foi utilizado o modelo gráfico de Perera & Yudkin (2007).

No âmbito desta atividade foi elaborado um folheto que acompanhava o idoso aquando a alta clínica onde resumidamente se encontravam descritas as formas de monitorização da sua doença, o regime medicamentoso a seguir e as formas de contactar a EGA (Apêndice 5). Foi também estabelecido um regime de follow-up através de linha telefónica e visita domiciliária⁷.

Esta atividade permitiu-nos consolidar competências comuns de enfermeiro especialista no domínio das aprendizagens profissionais, baseando-se a nossa *“praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”* (OE, 2011). Por outro lado, as estratégias de resolução de problemas foram desenvolvidas em parceria com o idoso e cuidador, procurando as suas preferências dentro daquilo que são as melhores práticas e guiadas pelo Código Deontológico do Enfermeiro, permitindo assim o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Considera-se esta atividade especialmente relevante para o desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, permitindo estabelecer e desenvolver uma relação

⁷ As visitas domiciliárias decorreram nos primeiros 10 dias após a alta ou sempre que se sentiu necessidade de monitorizar *in loco* tomas de medicação, sinais vitais e sinais de congestão cardíaca.

terapêutica com pessoas com doença crónica e família, cuidá-los em contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida (OE, 2011).

Os resultados obtidos nesta atividade serão descritos no próximo capítulo.

Objetivo Geral 2

“Promover comportamentos de mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem na identificação de situações de não adesão ao regime medicamentoso do idoso com IC”

Este objetivo foi desenhado com o intuito de implementar um programa de diagnóstico e acompanhamento sistemático e sustentado de idosos com IC que não aderem ao seu regime medicamentoso no CHS, tenho o seguinte objetivo específico:

Objetivos Específicos

“Capacitar a equipa de enfermagem do SU e gestão de altas para a promoção da adesão do idoso ao seu regime medicamentoso”

Atividade 1

“Apresentar os estudos de casos e resultados obtidos”

Fundamentação

O papel da formação na produção de cuidados de enfermagem passa pela aprendizagem de reflexão, utilizando os diferentes domínios do conhecimento acerca de situações vivenciadas (Collière, 1999, p.339).

Este momento da aprendizagem é fundamental para aquisição de competências pois é em contexto clínico que se mobilizam conhecimentos, se faz a transferência, se reflecte na acção e sobre a acção, contribuindo-se deste modo para a construção de um novo saber (Alarcão, 2001).

A apresentação dos resultados obtidos nas colheitas de dados efetuadas (Apêndice 6) e do estudo de caso à EGA permitiu uma reflexão profunda em toda a equipa acerca da problemática em estudo. Foi analisado o “alcance” que uma intervenção

multidisciplinar a nível institucional, permite rentabilizar recursos e aumentar a qualidade assistencial aos idosos.

Atividade 2

“Implementar um programa de acompanhamento do idoso com IC que não adere ao seu regime medicamentoso”

Fundamentação

O campo da prática é *“espaço de desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, num contexto de tensões entre racionalidade técnica e racionalidade prática”* (Abreu, 2003, p.22). A aprendizagem experiencial é um processo transformador da experiência no qual ocorre a construção do saber, processo este que compreende quatro fases (experiência concreta, observação e reflexão, formação de conceitos abstratos e generalizações, e experimentação activa das implicações dos conceitos em novas situações).

A implementação de um programa a nível institucional requer uma apresentação formal de um projeto à administração do CHS. No âmbito desta atividade foram encetadas conversações com a Sr^a Enf^a Diretora do CHS e Médico responsável pela EGA, com o intuito de se encontrar um enquadramento funcional para uma atividade hospitalar que não existe. As conversações até à altura da elaboração desta relatório continuam a decorrer, sendo que a ideia de criar uma equipa de gestão integrada de doença crónica a nível hospitalar ser a que reúne um maior consenso, aproveitando desta forma ainda mais os recursos existentes e conseguindo enquadrar neste âmbito, uma série de atividade de enfermagem (consultas por exemplo) que estão suspensas.

Entende-se pelo trabalho que se desenvolveu durante o estágio que se criaram os alicerces para que esta atividade perdure no tempo não se podendo concluir quando a mesma estará concluída.

Face às atividades desenvolvidas aqui descritas pensamos que os objetivos que nos propusemos à partida foram atingidos na integra.

4. REFLEXÃO E AVALIAÇÃO

Dedicamos este capítulo à análise e reflexão em torno dos resultados, da avaliação e reflexão acerca do trabalho desenvolvido durante o estágio.

Definiram-se, pela sua especial relevância para este trabalho, os seguintes critérios de inclusão: 1) ser idoso ; 2) ter diagnóstico médico de ICC preferencialmente com NYHA I/II/III ; 3) ter um elevado número de episódios de urgência num curto espaço de tempo (analisando-se o interesse da sua inclusão de forma casuística).

Identificámos 11 idosos que obedeciam aos critérios de inclusão tendo 3 declinado a hipótese ou desistido de estarem incluídos em qualquer tipo de estudo. Assim, participaram no desenvolvimento do instrumento de colheita de dados inicial para o diagnóstico de casos de Não Adesão, 8 idosos admitidos no SU do CHS. Estes 8 idosos, 6 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, apresentavam uma média de idades de 76,5 anos com uma média de Adesão, avaliado através do questionário de auto-relato de Morisky modificado, de 60% (Apêndice 6). Este valor encontra-se dentro do intervalo médio de valor que vem descrito na literatura.

Isolámos fatores preditores de Não Adesão relativos aos profissionais, os individuais relativos à pessoa e os sócio-culturais, como os mais frequentes nos idosos a quem prestámos cuidados.

Destacamos a importância da utilização do IAI como instrumento no rastreio inicial. Esta opção permitiu logo à partida, através da análise do perfil bio-psico-social do idoso, ter uma perspetiva mais global das necessidades da Pessoa e cuidador. O cruzamento dos dados obtidos através de auto-relato e do perfil bio-psico-social do idoso, bem como a identificação de fatores preditores de Não Adesão através de entrevista, permite-nos concluir se o idoso Adere ou Não e porquê.

Da aplicação sistemática do IAI destacamos níveis de isolamento social elevados (em 8 idosos apenas 1 não apresenta resultado nulo neste parâmetro). Foi por esse motivo aplicado a todos o questionário de depressão geriátrica de Yesavage concluindo-se que 7 se encontravam deprimidos.

O isolamento social é considerado um fator preditor de Não Adesão (WHO, 2003) e para o qual mereceu a nossa atenção. Nos casos estudados, acreditamos que o envolvimento imediato do cuidador familiar em todo o processo de educação / re-educação para a auto-gestão e na monitorização foi essencial para o sucesso do processo. Por outro lado, a depressão para Hansen *et al* (2009) pode influenciar negativamente o auto-relato, no entanto, parece não colocar em causa a eficácia das intervenções na promoção da Adesão.

Nos dois casos clínicos que acompanhamos mais profundamente ao longo de todo o estágio (Apêndice 4), verificámos que as nossas intervenções como enfermeiros especialistas levaram a uma redução no número de reinternamentos (zero re-internamentos em 4 meses). Note-se que a Sr^a S. registava 4 episódios de admissão no SU nos últimos 30 dias por descompensação da IC e a Sr^a R. registava 85 episódios de urgência em 5 anos, uma média de 17 episódios por ano.

A experiência adquirida permitiu-nos valorizar a importância da monitorização à distância das intervenções de enfermagem, bem como dos parâmetros monitorizáveis no domicílio (frequência cardíaca e respiratória, edemas dos membros inferiores e débito urinário) assim como a visita domiciliária, na melhoria da Adesão, gestão medicamentosa e qualidade de vida do idoso (Clarke, Shah & Sharma, 2011).

Concluimos que, havendo concordância com o regime medicamentoso e aceitação da sua doença crónica, aliada a uma monitorização da doença por parte do idoso/família e uma monitorização das intervenções por parte do enfermeiro gestor de caso, a probabilidade de termos idosos no seu domicílio com níveis elevados de Adesão é bastante elevada. Registámos níveis de Adesão de 100% em auto-relato e obtivemos por parte dos idosos, níveis de conhecimento em relação à sua doença crónica, nome, posologia e efeitos indesejados dos medicamentos bastante elevados. Verificámos também que à medida que o idoso/família vão desenvolvendo competência de gestão e monitorização da sua doença, necessidade em intervenções por parte do enfermeiro diminui.

4.1. Fatores facilitadores

A existência de uma equipa de gestão de altas já em funcionamento no CHS funcionou como fator facilitador para a implementação deste projeto. O facto de estarmos perante uma equipa multidisciplinar, bem coordenada, capaz de dar respostas rápidas e eficazes aos obstáculos encontrados, nomeadamente com ajustes terapêuticos necessários, apoio domiciliário, financeiro ou institucional (em última instância), funcionou como fator facilitador de todo o processo.

Considero que o meu percurso profissional funcionou também como um agente facilitador no desenvolvimento de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, gerindo respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional, gerindo sentimentos e emoções por forma a responder sempre de forma eficiente e reconhecendo os recursos e limites pessoais e profissionais (OE, 2010).

4.2. Fatores Inibidores

Destacamos como principal fator inibidor para o desenvolvimento do estágio, o desconhecimento da problemática em estudo por parte dos profissionais de saúde.

Pensamos que o período limitado em que decorreu o estágio foi também um fator inibidor para o desenvolvimento deste projeto. No entanto ficaram criados os alicerces necessários para a implementação de um programa diagnóstico, intervenção e monitorização da Adesão no CHS.

4.3. Questões éticas

Consideramos as questões éticas como uma componente essencial a integrar nos princípios de uma boa prática clínica reconhecendo a complexidade da sua natureza, nomeadamente no cuidado ao idoso muitas vezes em situações de grande vulnerabilidade e fragilidade.

Após parecer técnico favorável do Conselho de Ética do CHS, iniciámos o nosso trabalho com os idosos e suas famílias salvaguardando os princípios do anonimato e confidencialidade e com a celebração de um consentimento informado.

Os princípios orientadores da bioética como a beneficência, a não maleficência, a justiça e o respeito pela autonomia foram interpretados casuisticamente e de acordo com cada situação em concreto.

5. CONCLUSÃO

Durante o período de estágio desenvolvemos uma forma de agir que nos permitiu identificar idosos que não aderem ao seu regime medicamentoso. Centrando a atenção na Pessoa, a primeira fonte do conhecimento, após a estabilização do quadro agudo da sua doença crónica, determinámos as causas que levam o idoso a não aderir, intervindo e monitorizando as intervenções ao longo do tempo.

Concluimos que o processo de mudança de comportamento descrito por WHO (2003) – Figura 1, é possível se existir uma monitorização sustentada ao longo do tempo. Entendemos a monitorização como um eixo dinâmico entre o enfermeiro e o idoso-cuidador, em que a informação flui de forma bidirecional.

O estreitamento da uma aparente relação assimétrica entre profissional de saúde e o idoso parece-nos um elemento essencial e facilitador, tanto para o diagnóstico, como para a promoção da Adesão. Para Collière (1999) o encontro entre o enfermeiro e o seu cliente é um processo de descoberta onde “*eludicação*” gera “*ação*”. O enfermeiro tem como missão “*procurar tudo o que possa ser desenvolvido, suscitar e estimular o desenvolvimento das capacidades físicas, mentais e sociais para fortalecer o que existe ou o que resta de autonomia, discernir o que deve ser compensado, estimular e libertar as capacidades potenciais*” (Collière, 2003, p. 230).

Durante o internamento hospitalar, as alterações de regime medicamentoso e a incapacidade em envolver o idoso na gestão do seu regime são fatores que levam a situações de Não Adesão ou erros na auto-administração da medicação no domicílio. Idosos independentes cometem de erros de medicação e ou Não Adesão após a alta hospitalar porque lhes é exigido uma gestão complexa e pouco familiar. A criação de programas de auto-administração de medicamentos a nível hospitalar seria um bom ponto de partida para a uma mudança de paradigma, no que à gestão da doença crónica diz respeito, mantendo os idosos nas suas casas, durante mais tempo e de forma mais autónoma (Lam, Elliott, & George, 2011).

A identificação do estilo de gestão de regime medicamentoso de cada idoso, tal como nos é sugerido por Bastos & Paiva e Silva (sd) poderá ser extremamente útil

na seleção das intervenções de enfermagem mais eficazes, nomeadamente por existirem perfis, como o “*negligente*”, que estão diretamente relacionados com dificuldades da Pessoa no processo de transição saúde/doença, a carecerem de intervenções multidisciplinares.

Entendemos a Adesão como um problema de saúde, complexo e com uma etiologia multifactorial. Compreendemos a importância de uma abordagem multidimensional a carecer de uma intervenção especializada do Enfermeiro. Uma abordagem por parte de uma equipa multidisciplinar dedicada parece-nos pertinente na melhoria da qualidade de vida dos idosos, aumentando a eficácia e eficiência dos serviços de saúde perante o envelhecimento da população.

O trabalho que desenvolvemos constitui uma mais-valia importante e com uma capacidade de adaptação a qualquer tipo de contexto.

Pensamos que este trabalho permitiu abrir portas para uma intervenção efetiva dos enfermeiros na área da gestão da doença crónica. Encaramos o trabalho desenvolvido como o início de um caminho que paulatinamente será traçado a favor dos idosos.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: que parcerias para a excelência em saúde*. Coimbra: Formasau.

Alarcão, I. (2001). *Formação reflexiva*. Revista Referência, no 6 (Maio, 1), p. 53-59

Backman, K. & Hentinen, M. (1999). *Model for the self-care of home-dwelling*. Journal of Advanced Nursing. 30 Vol. 3, Issues and innovations in nursing practice, pp. 564-572.

Banning, M. (2012). *Educating for capability in NMP education and training*. Nurse Prescribing. Vol 10 Nº3

Bastos & Paiva e Silva (sd). *A Pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e regime terapêutico*. Artigo solicitado ao autor no dia 24 de Fevereiro de 2013

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004) – *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. CEMBE-FML .Lisboa 2004.

Cabral, M. & Silva, P. (2010). *A Adesão à terapêutica em Portugal – Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Recuperado em 12 de Maio de 2012 em <http://www.apifarma.pt/estudos/siteestudos/Documents/Conclusões%20Adesão%20à%20Terapêutica%20PT.pdf>

Cárdenas-Valladolid *et al* (2010). *Prevalence of adherence to treatment in homebound elderly people in primary health care*. A descriptive, cross-sectorial, multicentre study. Drugs Aging. 27 (8): 641-651

Clarke, M., Shah, A. & Sharma, U. (2011). *Systematic Review of studies on telemonitoring of patients with congestive heart failure: a meta-analysis*. Journal of Telemedicine and Telecare. 17: 7-14

Ceia, F. (2003). *Diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca. As novas recomendações e os idosos*. Lisboa. Geriatria – Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica, Ano XV, Vol XV , Nº 152, Março/Abril 2003

Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lidel edições.

Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Lisboa: Lusociência - 2ª edição.

Escoval, A. et al (2010). *Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 9,2010.

Fortin, M. F. (1999). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta

Guerra, I. (1994). Obtido em 21 de Abril de 2012 de <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>

George, J., Elliot, R. & Stewart, D. (2008). *A systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications*. Drug aging. 25(4): 307:324

Haynes, R., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. & Yao X (2008). *Interventions for enhancing medication adherence (Review)*. The Cochraine Library 2008, Issue 4

Henriques, M. (2011) *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade – Eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de Doutoramento em

Enfermagem. Repositório da Universidade de Lisboa. Disponível em <http://www.ul.repositorio.pt>

Horne, R. (1997). *Representations of medication and treatment: Advances in theory and treatment*. In K. Petrie & J. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness. 34Current research and applications* (pp. 155-189). London: Harwood Academic Publishers.

Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011. Lisboa: INE.

Jungens, C., Hoke, L., Byrnes, J. & Riegel, B. (2009). *Why do elders delay responding to heart failure symptoms ?* Nursing Research, July/August 2009, Vol 58, Nº4, pp. 274,282

Lam, P., Elliott, R. & George, J. (2011). *Impact of a self-administration of medications programme on elderly inpatients competence to manage medications: a pilot study*. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 36, 80-86

Leite, E., Malpique, M. Santos, M. (2001) – *Trabalho de Projecto: aprender por projectos centrados em problemas*. 4a Edição. Porto: Edições Afrontamento.

Morisky et al (1986). *Concurrent and predictive validity of self-report measure of medication adherence*. Medical Care 198624:67-74

Muzzarelli, S. et al (2010) *Adherence to the medical regime in patients with heart failure*. European Journal of Heart Failure.12. pp. 389-396

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros (2009) – *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa. Ed. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Ed. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa. Ed. Ordem dos Enfermeiros

Perera, R. & Yudkin, P. (2007). *A graphical method for deciciting randomised trials of complex interventions*. BMJ. January. Vol 334. Pp. 127-129

Phipps, W., Long, B., Woods, N., Cassmeyer, V. (1995). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. Lisboa. Lusodidata

Programa Nacional de Saúde para pessoas idosas (2006). Disponível em <http://www.dgs.pt>. Recuperado em 02 de Dezembro de 2011

REPE - *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro

Rogers, C., (1997). *Vulnerability, health and health care*. Journal of Advanced Nursing, 26, 65-72

Sequeira, C. (2007). *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercursões na família*. Tese de Doutoramento. I.C.B.A.S. / Universidade do Porto, Porto.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel Edições

Sequeira, C. (2010b). *Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit*. Artigo de Investigação. Recuperado em 02 de Janeiro de 2013 em

https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D303%26codigo%3D+resultados+escala+zarit&cd=3&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (1997) *Anatomia e Fisiologia*. Lisboa: Lusodidata

Sociedade Portuguesa de Cardiologia – SPC - (2008). *Insuficiência Cardíaca – Recomendações para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica*. Recuperado em 12 de Maio de 2012 em <http://www.spc.pt>

Sorensen & Luckman (1998). *Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica*. Lusodidata: Lisboa

Suhonen, R., Valimki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008). *A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients*. Journal of Clinical Nursing 17, 843-860

Turnheim, K. (2005). *Pharmacokinetic dosage guidelines for elderly subjects*. Expert Opinion. Ashley Publications Ltd. Vienna

Washburn, S. & Hornberger, C. (2008). *Nurse educator guidelines for the management of heart failure*. The journal of continuing education in nursing. June 2008 – Vol 39, N.º 6

WHO (2002), *Active Ageing: a policy framework*. Recuperado em 7 de Janeiro de 2012. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NPH_02.8.pdf

WHO (2003). *Adherence to long-term therapies – Evidence for action*. Recuperado em 23 de Maio de 2012. Disponível em http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

WHO (2011), *European report and preventing elder maltreatment*. Recuperado em 3 de Dezembro de 2011. Disponível em <http://www.who.int>

APÊNDICE 1
APRESENTAÇÃO DO PROJETO À EQUIPA

Plano de Sessão

Local: Centro Hospitalar de Setúbal

Data: 7 de Janeiro de 2013

Hora: 14h30

Formador: Carlos Duarte, Enfermeiro

Tema da Sessão

O papel do enfermeiro na adesão do idoso com insuficiência cardíaca ao seu regime medicamentoso

População Alvo

Equipa de gestão de altas do CHS.

Enfermeiros especialistas do Serviço de Urgência Geral do CHS

Objetivos Gerais

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- Compreender a importância da adesão do idoso ao seu regime medicamentoso
- Conhecer um método de diagnóstico de casos de não adesão
- Conhecer a forma de encaminhamento de idosos em situação de não adesão

Objetivos Específicos

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de :

- Identificar pelo menos 2 fatores que conduzem a situações de não adesão
- Elaborar uma avaliação de um idoso (caso clínico) recorrendo ao instrumento de avaliação integral

Duração da sessão

A sessão terá a duração de 40 minutos

Material a utilizar

Datashow, computador portátil, comando remoto, material de escrita.

Avaliação

O primeiro momento envolve uma avaliação diagnóstica que pretende orientar a intervenção do formador, visando inventariar saberes que os formandos possuem

ainda antes do início da formação. Esta avaliação irá permitir determinar quais as necessidades de formação e planejar ações.

O segundo momento envolve uma avaliação formativa realizada ao longo da sessão de formação (ao longo da exposição teórica), que irá permitir localizar as dificuldades dos formandos e corrigir os erros e desvios detetados aquando da abordagem dos diferentes conteúdos.

O terceiro momento será um curto processo de avaliação sumativa, no final da sessão, que terá como finalidade fazer o balanço da eficácia da formação e determinar o grau de consecução dos objetivos. Será feita através de questões no final da sessão.

Momentos	Atividades / Conteúdos	Métodos	Material técnico-pedagógico	Tempo	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do formador • Breve introdução do tema 	<ul style="list-style-type: none"> • Afirmativo • Expositivo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador portátil • Data-show 	5 Min	Avaliação Diagnóstica
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição teórica sobre o tema <ol style="list-style-type: none"> 1) enquadramento da problemática à luz da melhor evidência científica disponível 2) dados referentes ao plano nacional e internacional 3) modelo de diagnóstico, intervenção do enfermeiro e encaminhamento de casos de não adesão ao regime terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> • Afirmativo • Expositivo • Interrogativo • Pro-ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador portátil • Data-show 	25 Min	Avaliação formativa
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de conteúdos • Resposta a questões • Análise de estudo de caso 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador Portátil • Data-show • Material de escrita 	10 Min	Avaliação sumativa



3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA
VERTENTE PESSOA IDOSA

UNIDADE CURRICULAR
OPÇÃO II – DESENHO DE PROJETO

***O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ADESÃO DO IDOSO COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AO SEU REGIME MEDICAMENTOSO***

Discente: Carlos Miguel Duarte n.º 4091

Docente: Profª Drª Maria Adriana Henriques

Objetivo Geral

- Compreender a importância da deteção, diagnóstico e intervenção especializada do enfermeiro com idosos com IC que não aderem ao seu regime medicamentoso

Revisão da Literatura

- Bases de dados internacionais – 26 Artigos

Elderly, Adherence, Heart Failure, Medication, Vulnerability, Frailty, Nurse-Led Interventions, Nurse Educator

- Orientação Tutorial – 7 Artigos
- Bibliografia de referência (Biblioteca, Aulas)
- Sítios Institucionais (OMS, Repositórios, DGS, OE)
- Benner e Collière

"a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer um inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio da investigação". (p.74)

Fortin, M. F. (1999). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta

O envelhecimento e a doença crónica

A preocupação crescente com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas, exigem respostas enquadradas criando um novo paradigma para os serviços de saúde.

Sousa, J. (2005). *A doença crónica e o desafio da comorbilidade*. Revista Portuguesa de Clínica Geral , pp. 533,534

O envelhecimento e a doença crónica

Envelhecimento é um processo individual e, ao mesmo tempo, coletivo, contínuo e cíclico, eminentemente pessoal, natural e inevitável, entendido como um fenómeno complexo, com ritmo e características específicas de cada pessoa, associado a um conjunto de fatores fisiológicos/biológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo ao longo da sua vida

Berger, L., & Poirier, D. (1994). *Pessoas idosas - Uma abordagem global. Processo de envelhecimento por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta

Petriz, G. & Tamer, N. (2007) in Osório, A. & Pinto, F. (2007). *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Horizontes pedagógicos. Instituto Piaget

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel Edições

O envelhecimento e a doença crónica

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define doença crónica como *“permanente, que deixa sequelas causadas por alterações patológicas irreversíveis, que necessitam de reabilitação, ou que requeiram um longo período de monitorização, observação e de cuidados.”*

A OMS aponta para que 63% de todas as mortes a nível mundial estejam intimamente relacionadas com processos de cronicidade, associadas ao envelhecimento e intimamente interligados a um estilo de vida sedentário.

WHO (2011). *Chronic Diseases*. Recuperado em 19 de Novembro de 2011. Disponível em http://www.WHO.int/topics/chronic_diseases/en

A Insuficiência Cardíaca (IC)

- Um síndrome do idoso -

Uma das doenças particularmente prevalentes no idoso é a IC, que surge associada precisamente ao processo de envelhecimento e ao desenvolvimento dos cuidados de saúde.

Nessler J. & Skrzypek A. (2008) *Chronic heart failure in the elderly: a current medical problem.* Polskie Arch Med Wewnętrznej. 2008, Vol. 118 (10), pp. 572-580

A Insuficiência Cardíaca (IC)

- Um síndrome do idoso -

É das patologias mais comuns que levam à hospitalização dos idosos e uma causa frequente de readmissões, induzindo custos acrescidos aos serviços de saúde em todo o mundo.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2008). Insuficiência Cardíaca – Recomendações para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica. Recuperado em 12 de Maio de 2012 em <http://www.spc.pt>

A Insuficiência Cardíaca (IC)

- Um síndrome do idoso -

A IC por definição “*é um estado em que o coração deixa de estar apto a bombear o aporte adequado de sangue para satisfazer as necessidades do organismo*” (p.735)

Phipps, W., Long, B., Woods, N., Cassmeyer, V. (1995). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. Lisboa. Lusodidata

A Insuficiência Cardíaca (IC)

- Um síndrome do idoso -

- 1,8% na população europeia

Nessler J. & Skrzypek A. (2008) *Chronic heart failure in the elderly: a current medical problem*. Polskie Arch Med Wewnetrznej. 2008, Vol. 118 (10), pp. 572-580

- de 4% da população apresenta IC com disfunção ventricular mantida (assintomática) sendo que em idades compreendidas entre os 70 e 80 anos, este valor sobe drasticamente para os 10-20%

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2008). *Insuficiência Cardíaca – Recomendações para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica*. Recuperado em 12 de Maio de 2012 em <http://www.spc.pt>

A Insuficiência Cardíaca (IC)

- Um síndrome do idoso -

Em suma, a grande maioria das pessoas com IC são idosas e 75% com história de hipertensão arterial associada.

Jessup, M. & Brozena, S. (2004) *Heart Failure*. New England Journal of Medicine 2004; 2007-18

A Insuficiência Cardíaca (IC)

- Um síndrome do idoso -

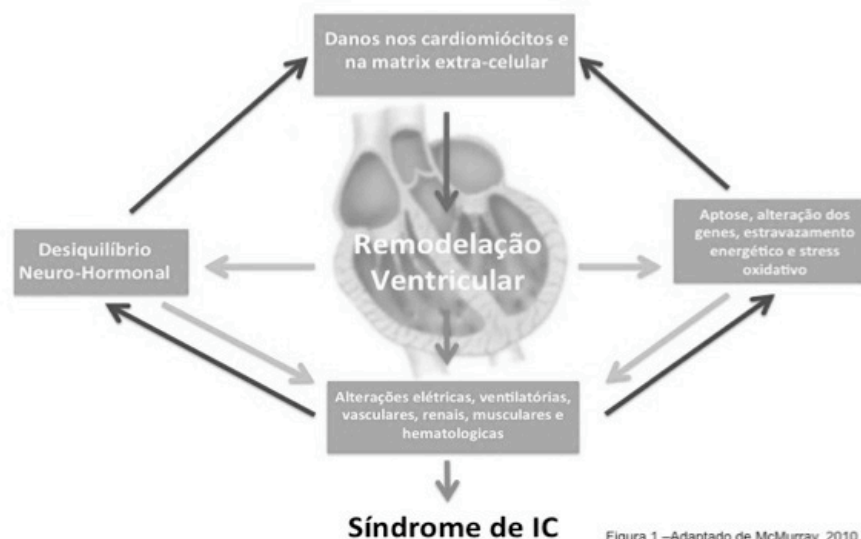


Figura 1 –Adaptado de McMurray, 2010

McMurray, J. (2010). *Systolic Heart Failure*. New England Journal of Medicine 2010; 362:228-38

A Insuficiência Cardíaca (IC)

- Um síndrome do idoso -

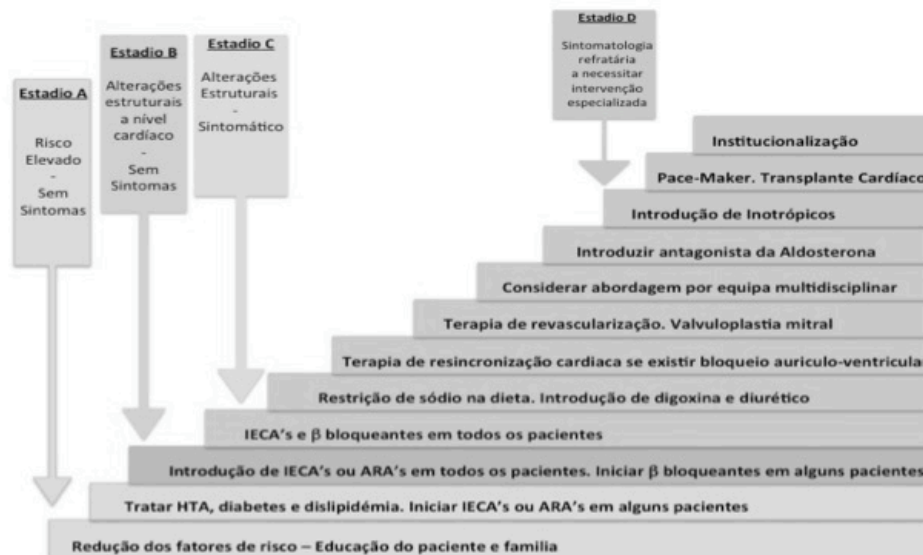


Figura 2 – Adaptado de Jessup & Brozena, 2004

Jessup, M. & Brozena, S. (2004) *Heart Failure*. New England Journal of Medicine 2004; 2007-18

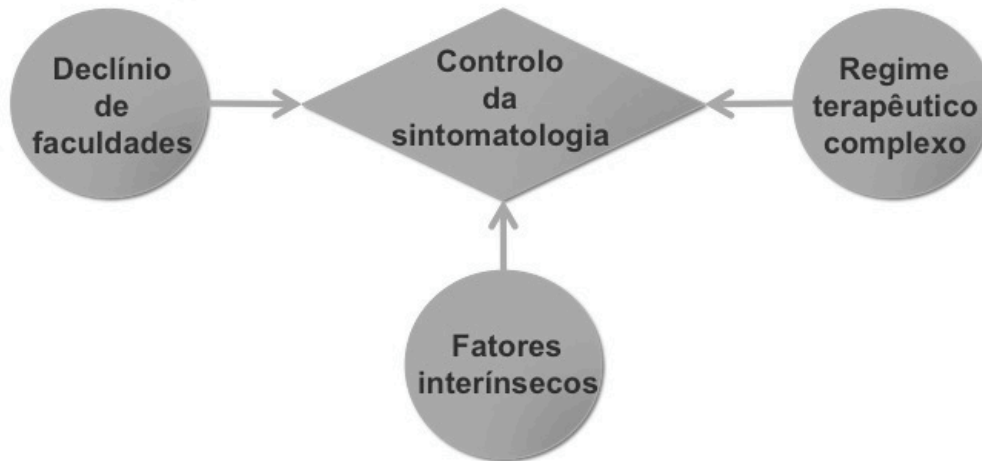
A adesão do idoso com IC ao seu regime medicamentoso

A adesão continua a ser um dos maiores problemas no que à gestão da IC diz respeito e é um dos factores precipitantes para a descompensação em 40% dos doentes, condicionando internamentos hospitalares frequentes apenas para controlo da sintomatologia e ajustes terapêuticos.

Jungens, C., Hoke, L., Byrnes, J. & Riegel, B. (2009). *Why do elders delay responding to heart failure symptoms ?* Nursing Research, July/August 2009, Vol 58, N°4, pp. 274,282

Muzzarelli, S. et al (2010) *Adherence to the medical regime in patients with heart failure*. European Journal of Heart Failure.12. pp. 389-396

A adesão do idoso com IC ao seu regime medicamentoso

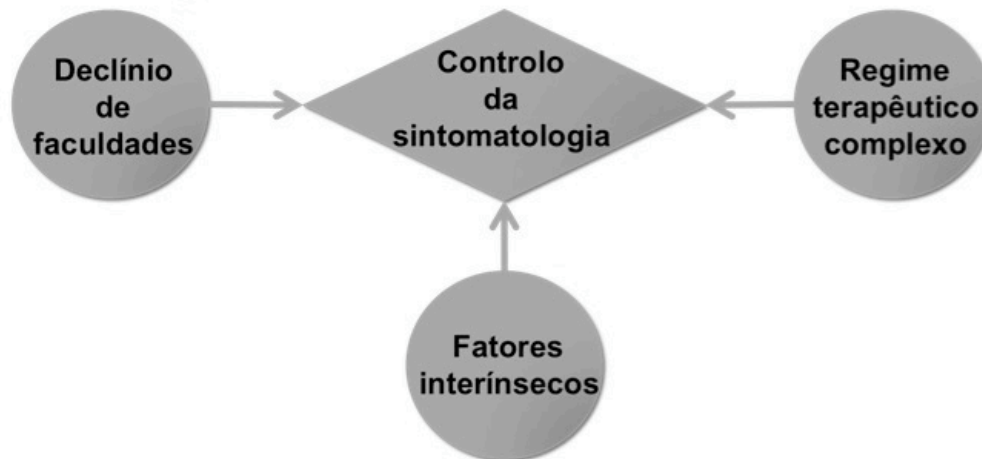


Ceia, F. (2003). *Diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca. As novas recomendações e os idosos*. Lisboa. Geriatria – Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica, Ano XV, Vol XV, N° 152, Março/Abril 2003

Henriques, M. (2011) *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade – Eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Repositório da Universidade de Lisboa. Disponível em <http://www.ul.repositorio.pt>

Turnheim, K. (2005). *Pharmacokinetic dosage guidelines for elderly subjects*. Expert Opinion. Ashley Publications Ltd. Vienna

A adesão do idoso com IC ao seu regime medicamentoso



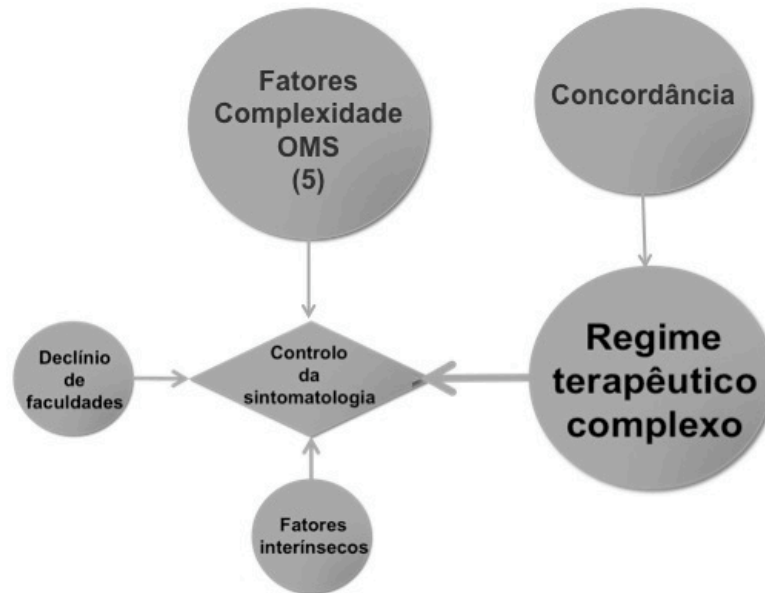
Berger, L., & Poirier, D. (1994). *Pessoas idosas - Uma abordagem global. Processo de envelhecimento por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta

Champbell, S. & Szoeki, C. (2009). *Pharmacological treatment of frailty in the Elderly*. Journal of Pharmacy – Practice and Research: Volume 39, N° 2

Huisman-Baron, M. et al (2011). *Criteria for Drug Selection in Frail Elderly Persons*. Drug Aging: 28 (5): 391-402

Roach, S. (2001). *Introdução à enfermagem gerontológica*. Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro

A adesão do idoso com IC ao seu regime medicamentoso



A adesão do idoso com IC ao seu regime medicamentoso

Entende-se pois por adesão a um regime medicamentoso no âmbito deste trabalho, como o conjunto de comportamentos que levam o idoso a adquirir competências para, de forma autónoma ou recorrendo à ajuda uma pessoa de referência, possa tomar os medicamentos de acordo com as instruções que lhe são fornecidas por um profissional de saúde.

Haynes, R., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. & Yao X (2008). *Interventions for enhancing medication adherence (Review)*. The Cochrane Library 2008, Issue 4

Henriques, M. (2011) *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade – Eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Repositório da Universidade de Lisboa. Disponível em <http://www.ul-repositório.pt>

WHO (2003). *Adherence to long-term therapies – Evidence for action*. Recuperado em 23 de Maio de 2012. Disponível em http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

A adesão do idoso com IC ao seu regime medicamentoso

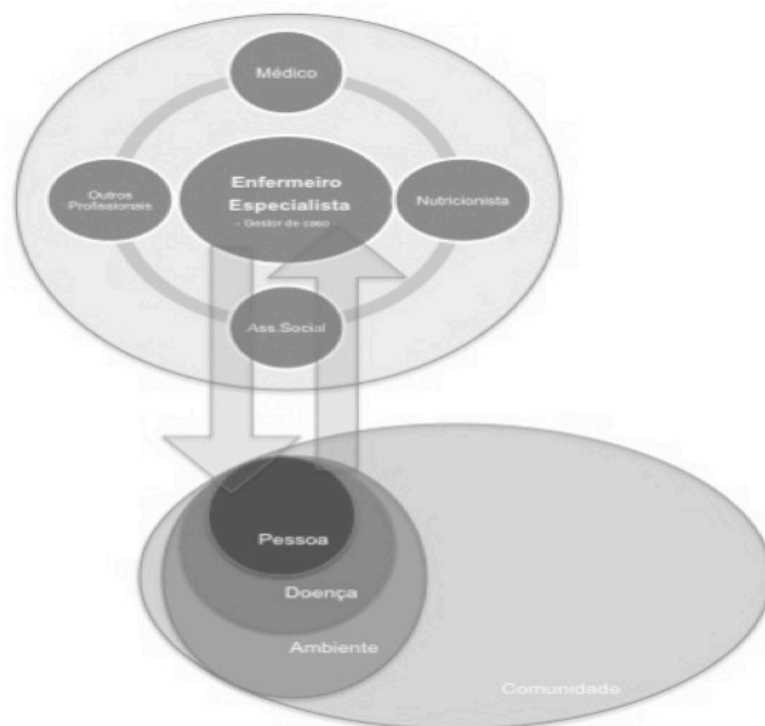
“a não adesão à medicação é considerada como um aspeto de saúde relevante para a prática de enfermagem, que afeta grande parte dos idosos”

Henriques, M. (2011) *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade – Eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Repositório da Universidade de Lisboa. Disponível em <http://www.ul.repositório.pt>

O Papel do Enfermeiro

“Cuidar é um ato individual, que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais “ (p.235)

Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lidel edições



Modelo de intervenção

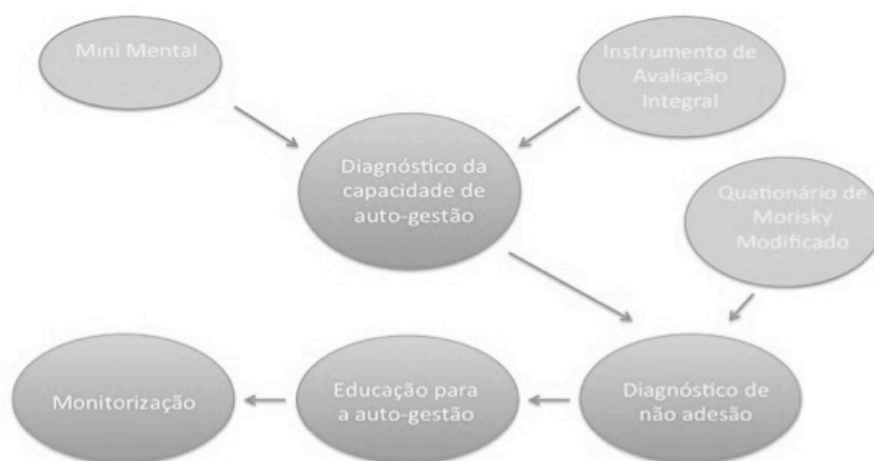
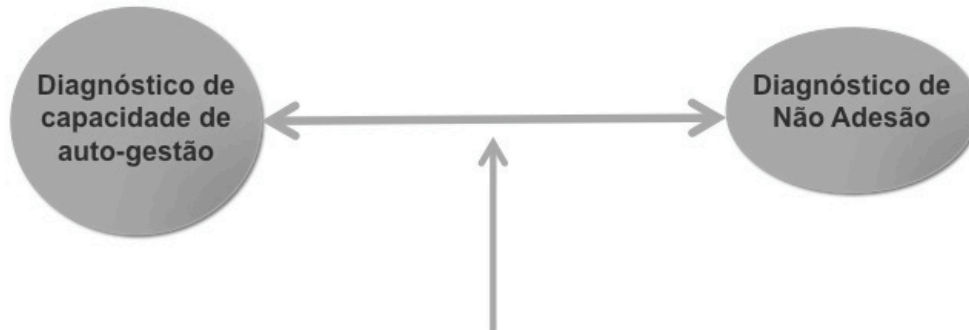


Figura 5 – Modelo de intervenção

O Papel do Enfermeiro



- Aplicação do IAI como instrumento de rastreio
- Outros instrumentos validados (Lawton, Barthel, Mini-Mental, ICM, etc)
- Aplicação do Questionário de Morisky modificado
- Entrevista familiar

Diagnóstico da capacidade de auto-gestão

A capacidade do idoso gerir de forma autónoma o seu regime medicamentoso tem por base duas condições: um estado cognitivo mantido e uma capacidade funcional que lhe permita por exemplo abrir as caixas dos comprimidos ou tomar um copo com água.

Cárdenas-Valladolid *et al* (2010). *Prevalence of adherence to treatment in homebound elderly people in primary health care. A descriptive, cross-sectorial, multicentre study.* *Drugs Aging.* 27 (8): 641-651

Henriques, M. (2011) *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade – Eficácia das intervenções de enfermagem.* Tese de Doutoramento em Enfermagem. Repositório da Universidade de Lisboa. Disponível em <http://www.ul.repositório.pt>

Diagnóstico da capacidade de auto-gestão

IAI - Avaliação biopsicossocial da pessoa da seguinte forma:

- Abordagem diagnóstica de detecção e monitorização longitudinal, de pessoas em situação de dependência, delineada com base em instrumentos internacionais validados;
- Identificar perturbações físicas, funcionais, mentais, sociais e de hábitos de vida;
- Monitorização de informação de natureza biopsicossocial, de forma uniformizada e passível de ser informatizada, a nível local e central, tanto o registo de dados como a sua análise.

Disponível em: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ApresentacaoIAI_UMCCI.pdf

Diagnóstico de Não Adesão

Os métodos indiretos são os mais utilizados pela fácil aplicação e pelos custos reduzidos. Na aplicação de um questionário de adesão, é importante o enfermeiro reconhecer que *“numa relação de confiança e duradoura entre o profissional de saúde e a pessoa idosa, não haverá necessidade deste sobrevalorizar o seu comportamento de adesão quando sobre ele é questionado, porque sabe que não vai ser julgado, nem repreendido”*. (p. 23).

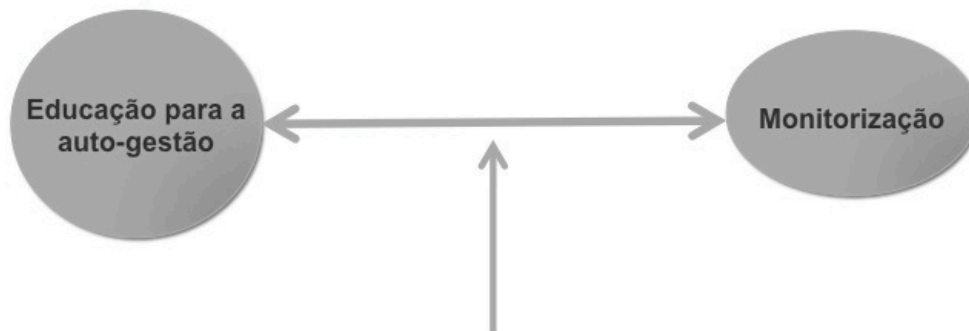
Henriques, M. (2011) *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade – Eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Repositório da Universidade de Lisboa. Disponível em <http://www.ul.repositório.pt>

Diagnóstico de Não Adesão

1. Alguma vez se esqueceu de tomar algum medicamento?
2. Tem atenção às horas a que deve tomar os medicamentos?
3. Quando se sente melhor, deixa de tomar os medicamentos?
4. Quando se sente pior com a toma dos medicamentos, deixa de os tomar?
5. Alguma vês deixou de tomar medicamentos por não ter possibilidades financeiras para os adquirir?

Morisky et al (1986). Concurrent and predictive validity of self-report measure of medication adherence. Medical Care 1986;24:67-74

O Papel do Enfermeiro



Educação para Auto-Gestão

A adesão pela sua complexidade requer intervenções complexas e multifacetadas. *“O enfermeiro tem de ser capaz de estabelecer um plano de intervenção que tenha em conta a concordância da pessoa e com ela e com a família, negociar de acordo com as crenças e valores, necessidades sociocognitivas, comportamentais e educativas esse plano com objetivo e metas exequíveis e mensuráveis”* (p. 34);

Henriques, M. (2011) *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade – Eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Repositório da Universidade de Lisboa. Disponível em <http://www.ul-repositório.pt>

Perera, R. & Yudkin, P. (2007). A graphical method for depicting randomised trials of complex interventions. *BMJ*. January. Vol 334. Pp. 127-129

Monitorização

A adesão diminui se não houver um follow-up e um reforço nas intervenções feitas previamente.

George, J., Elliot, R. & Stewart, D. (2008). A systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications. *Drug aging*. 25(4): 307:324

Monitorização

A auto-monitorização da doença, como o controle da tensão arterial, frequência cardíaca e glicemia, são também hipóteses a considerar.

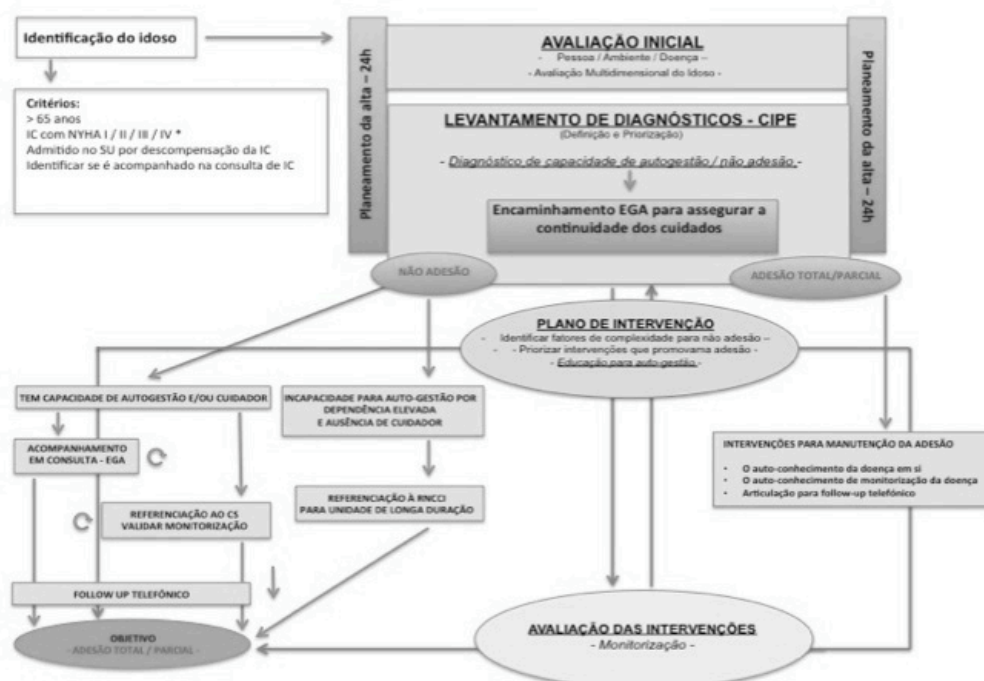
Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004) – *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*.
CEMBE-FML .Lisboa 2004

Fatores Inibidores

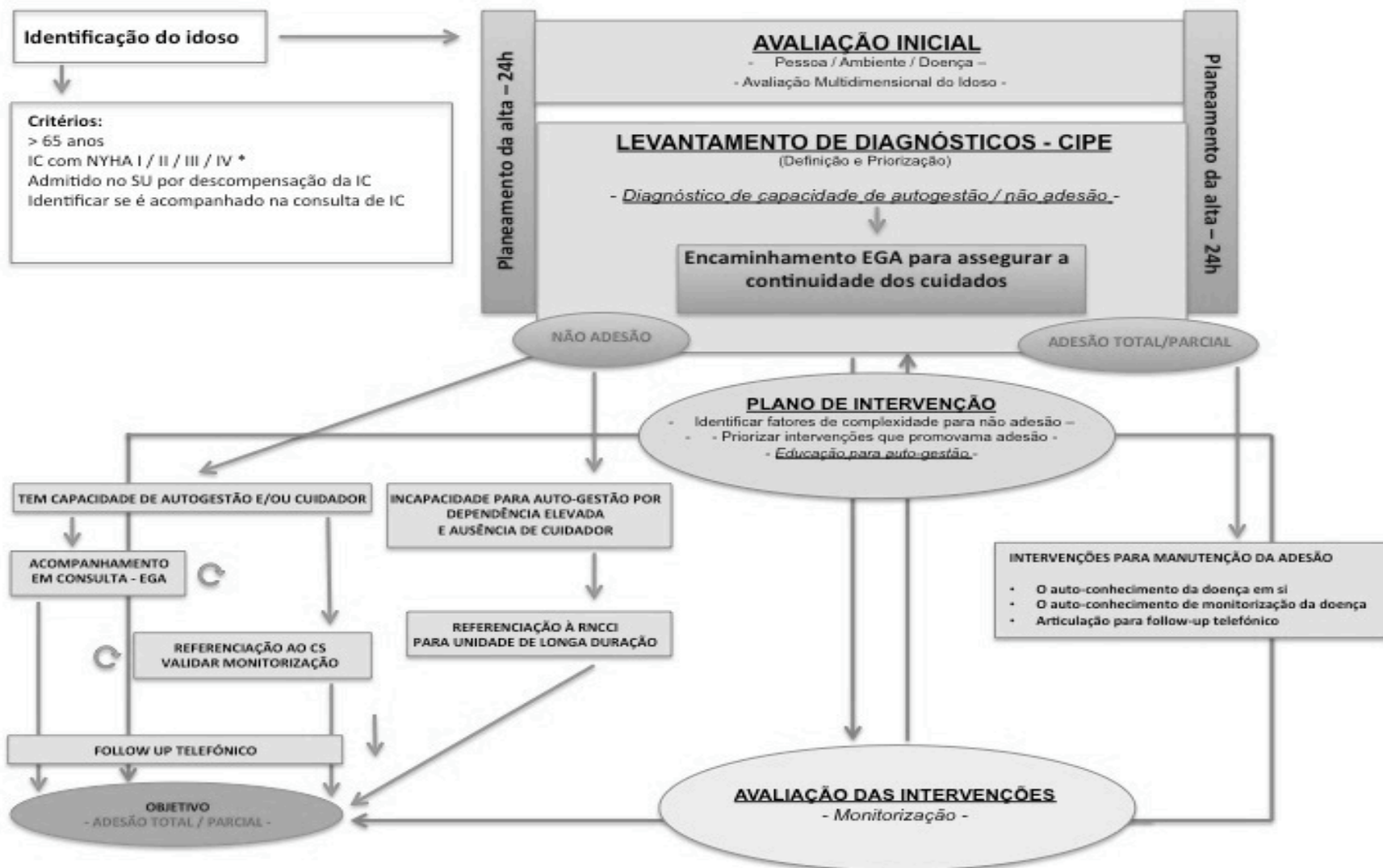
- O desconhecimento de forma genérica do tema em estudo,
- O desconhecimento do papel que o enfermeiro pode desempenhar no acompanhamento da pessoa com doença crónica e o impacto positivo que as intervenções de enfermagem neste âmbito podem ter nos serviços de saúde.

Fatores Facilitadores

- a evidência científica demonstra que programas que envolvam a auto-gestão da doença trazem não só ganhos importantes em saúde para a pessoa, como também, impactos positivos para as instituições de saúde, nomeadamente a nível orçamental, pela diminuição do número de re-internamentos, o que pode numa perspetiva macro deste desenho de projeto, ser entendido como um fator facilitador para o desenvolvimento do mesmo, face à conjuntura económica atual.



APÊNDICE 2
PROTOCOLO DE AÇÃO



APÊNDICE 3
INSTRUMENTO DE COLHEITA INICIAL DE DADOS / DIAGNÓSTICO DE
NÃO ADESAO

**INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS PARA
DIAGNÓSTICO DE NÃO ADESÃO AO REGIME
MEDICAMENTOSO DO IDOSO COM IC**

- AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO -

AVALIAÇÃO INICIAL - Caracterização sociodemográfica e socioeconómica – “O que sabemos da pessoa ?”

Nome: _____

Nome pelo qual gosta de ser tratado: _____

Sexo: _____ D.N. ____/____/____ Idade aparente: _____ Idade real: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Morada: _____

Estado Civil: _____ Número de contato: _____

Escolaridade: _____ Hobbies: _____

Profissão / Última atividade profissional: _____

Religião / Crenças : _____

Adaptação à situação de doença / dependência: _____

Preocupações / dificuldades: _____

GENOGRAMA

Caracterização da situação habitacional: _____

Barreiras arquitectónicas: _____ Casa de banho adaptada: _____ Elevador: _____

Portas adequadas a cadeiras de rodas: _____ Climatização: _____ Saneamento: _____

Instalação elétrica/gás: _____ Higiene habitação: _____ Animal doméstico _____

Cuidador principal: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

Número de contato: _____ Grau de Parentesco: _____

AValiação Inicial – História atual de doença – “O que sabemos sobre a doença”

Antecedentes pessoais médico/cirúrgicos:

Internamento recente ? _____ Onde ? Porquê ? _____

Hábitos de vida: _____

Alergias medicamentosas / alimentares: _____

Vigilância de saúde (médico/centro saúde) _____

Situação atual da doença / diagnósticos principais: _____

Estadiamento da IC: NYHA _____ ACA _____

[illegible]

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDADE DE AUTO-GESTÃO – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADO - RNCCI

Data: ____/____/____ Aplicado ao próprio ☐ Aplicado ao cuidador ☐

Sexo		0. Feminino	1. Masculino		
Idade		0. ≥ 80 anos	1. 65 a 79 anos	2. 50 a 64 anos	3. 18 a 49 anos
Queixas de Saúde	a menor pontuação _____				
Queixas M.Esqueléticas Queixas Visão Queixas Audição Queixas Pele Queixas Outros	_____ _____ _____ _____ _____	0. c/ Queixas 0. c/ Queixas 0. c/ Queixas 0. c/ Queixas 0. c/ Queixas			3. s/ Queixas 3. s/ Queixas 3. s/ Queixas 3. s/ Queixas 3. s/ Queixas
Estado Nutricional	(IMC+CINT) / 2 = _____	0 a 0,9 magro/obeso	1 a 2,9 bx/ex peso		3. Adequado
IMC (Kg/m2) = _____ CINT – Cintura (cm)	Peso _____ / altura _____ = _____ 1ª _____ ; 2ª _____ ; 3ª _____ Média = _____ cm	0. < 16 0. + 30 0. + 88 – obesidade II 0. + 102 - obesidade II	1. 16 a 18,4 bx peso 1. 25,1 a 30 ex peso 1. 80 a 88 obesidade I 1. 94 a 102 obesidade I		3. 18,5 a 25 adequado 3. 18,5 a 25 adequado 3. < 80 adequado 3. < 94 adequado
Quedas	(P6+P7+P8+P9) / 4 = _____	0. 0 a 0,9 mau	1. 1 a 1,9 insatisfatório	2. 2 a 2,9 satisfatório	3. bom
P6 N° Quedas (últ.ano) P7 Momento de Quedas P8 Motivo de Quedas P9 Sequelas de quedas	N° _____ ou _____ dias, ou _____ meses _____ _____	0. ≥ 4 0. < 1 mês 0. Int+Ext 0. c/ alt. mobili	1. 2 a 3 quedas 1. 1 mês a 1 ano 1. interno 1. s/ alt. mobilid	2. 1 queda 2. > 1 ano 2. externo 2. s/ sequelas	3. s/quedas 3. s/quedas 3. s/quedas 3. s/quedas
Locomoção	a menor pontuação _____	0. incapaz	1. dependente	2. autônomo	3. independente
Andar em casa Andar na rua Andar em escadas Locomoção		0. Incapaz 0. Incapaz 0. Incapaz	1. Dependente de 3º 1. Dependente de 3º 1. Dependente de 3º	2. c/ meios auxiliares 2. c/ meios auxiliares 2. c/ meios auxiliares 2. c/ meios auxiliares	3. independente 3. independente 3. independente 3. independente

Autonomia Física	a menor pontuação _____	0. incapaz	1. dependente	2. autónomo	3. independente
Lavar-se/tomar banho	Entrar/sair, estar, lavar-se	0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios	3. Independente
Vestir-se/despir-se	Escolher, preparar vestir	0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios/acabamento	3. Independente
Usar a sanita/bacio	Usar, limpar-se, roupa, despejar	0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios	3. Independente
Deitar/levantar cama	Mover-se, transferir-se, andar	0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios	3. Independente
Sentar cadeiras	Mover-se, transferir-se, andar	0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios	3. Independente
Controlar a urina		0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios/ i. Esporádica	3. Independente
Controlar as fezes		0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios/ i. Esporádica	3. Independente
Alimentar-se	Servir-se, preparar alimentos, comer	0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios / Prótese	3. Independente
Autonomia física				2. Meios	3. Independente
Autonomia Instrumental		0. incapaz	1. dependente	2. autónomo	3. independente
Usar telefone	Marcar números e atender	0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios	3. Independente
Fazer compras	Todas as compras necessárias	0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios/aj. ocasional	3. Independente
Preparar refeições	Planejar bem, preparar, servir-se	0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios/aj. ocasional	3. Independente
Tarefas lida casa	Pesadas e leves, com limpeza	0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios/aj. ocasional	3. Independente
Lavar/Tratar roupa	Grande e pequena	0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios/aj. ocasional	3. Independente
Usar transportes	Públicos, táxi, carro, conduzir	0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios/aj. ocasional	3. Independente
Tomar medicamentos	Nas doses e tempos corretos	0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios/aj. ocasional	3. Independente
Gerir dinheiro	Contas, cheques, idas ao banco	0. Incapaz	1. Dependente de 3º	2. Meios /aj. ocasional	3. Independente
Autonomia instrumental				2. Meios	3. Independente
Queixas Emocionais	(P32+P33+P34)/3 = _____	0. 0 a 0,9 mau	1. 1 a 1,9 satisfatório	2. 2 a 2,9 satisfatório	3. Bom
P32 Triste/Deprimido		0. Mt tempo/ N resp.	1. Metade do tempo	2. Pouco tempo	3. Nunca
P33 Nervoso/Ansioso		0. Mt tempo/ N resp.	1. Metade do tempo	2. Pouco tempo	3. Nunca
P34 Outras queixas		0. c/ queixas			3. s/ queixas
Estado Cognitivo	(OT+OE) / 2 = _____	0. 0 a 0,9 mau	1. 1 a 1,9 insatisfatório	2. 2 a 2,9 satisfatório	3. bom
P35 Ano	Em que ano estamos ?	0. NS/NR/Errado			3. Certo
P36 Mês	Em que mês estamos ?	0. NS/NR/Errado			3. Certo
P37 Dia do mês	Quantos são hoje ?	0. NS/NR/Errado			3. Certo
P38 Estação do ano	Em que estação do ano estamos ?	0. NS/NR/Errado			3. Certo
P39 Dia da semana	Que dia da semana é hoje?	0. NS/NR/Errado			3. Certo
Orientação no tempo	(P35+36+37+38+39) / 5 = _____	0. 0 a 0,9 má	1. 1 a 1,9 insatisfatória	2. 2 a 2,9 satisfatória	3. Orientado
P40 País	Como se chama o nosso país ?	0. NS/NR/Errado			3. Certo
P41 Distrito	Em que distrito vive ?	0. NS/NR/Errado			3. Certo
P42 Terra	Em que terra vive ?	0. NS/NR/Errado			3. Certo
P43 Casa	Como se chama esta casa ?	0. NS/NR/Errado			3. Certo
P44 Andar	Em que andar estamos ?	0. NS/NR/Errado			3. Certo
Orientação no espaço	(P35+36+37+38+39) / 5 = _____	0. 0 a 0,9 má	1. 1 a 1,9 insatisfatória	2. 2 a 2,9 satisfatória	3. Orientado

Estado Social	(IS+HL) / 2 = _____	0. 0 – 0,9 mau	1. 1 – 1,9 insatisfatório	2. 2 – 2,9 satisfatório	3. bom
P45 Estado civil P46 N° de coab. residência P47 Tempo só nas 24h P48 Ter com quem falar IS – Isolamento Social	N° _____ coabitantes _____ horas (debater assuntos pessoais) (P45+46+47+48) / 4 = _____	0. viúvo/sol/separado 0. vive só 0. ≥ 8h 0. não tem 0. 0 a 0,9 mt isolado	1. 1 a 1,9 isolado	2. 2 a 2,9 p.isolado	3. casado/u.facto 3. vive com outros 3. < 8h 3. tem 3. não isolado
P49 Escolaridade: _____ P50 Profissão: _____ IS – Habilitações Literárias	_____ n° anos (P49+50) / 2 = _____	0. anos / analfabeto 0. não qualificado 0. 0 a 0,9 baixas	1. 1 a 6 anos 1. qualificado 1. 1 a 1,9 insatisfatórias	2. 7 a 12 anos 2. intermédio 2. 2 a 2,9 satisfatória	3. ≥ 13 anos 3. especialista 3. Boas
Hábitos	(AF+R) / 2 = _____	0. 0 – 0,9 mau	1. 1 – 1,9 insatisfatório	2. 2 – 2,9 satisfatório	3. bom
P51 Andar a pé na rua P52 Ginástica ou desporto P53 Outra atividade física AF– Atividade física/semana	n.º horas / semana: _____ n.º horas / semana: _____ n.º horas / semana: _____ P51+52+53) / 3 = _____	0. 0h	0. < 2h	0. 2h a 4h	0. ≥ 4h
R – n.º refeições/dia	n.º refeições _____	0. 0 a 2		2. 3	0. 4 a 6

DIAGNÓSTICOS DE NÃO ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO

Perfil Biopsicossocial – Idoso

Pontuação

Sexo
Idade
Queixas Saúde
Estado Nutricional
Quedas
Locomoção
Autonomia Física
Autonomia Instrumental
Queixas Emocionais
Estado Cognitivo
Estado Social
Hábitos

Perfil Biopsicossocial - Cuidador

Pontuação

Sexo
Idade
Queixas Saúde
Estado Nutricional
Quedas
Locomoção
Autonomia Física
Autonomia Instrumental
Queixas Emocionais
Estado Cognitivo
Estado Social
Hábitos

Questionário de Morisky modificado por Ramalho & Cabrita

Sim

Não

Alguma vez se esqueceu de tomar algum medicamento ?	
Tem atenção às horas a que deve tomar os medicamentos ?	
Quando se sente melhor, deixa de tomar os medicamentos ?	
Quando se sente pior com a toma dos medicamentos, deixa de os tomar	
Alguma vez deixou de tomar medicamentos por não ter possibilidades financeiras para os adquirir ?	

Outros Instrumentos

[illegible]

REGIME MEDICAMENTOSO ATUAL

Fármaco / Posologia	P. Alm	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar

OBSERVAÇÕES

OUTROS INSTRUMENTOS

ESCALA DE DISPNEIA MODIFICADA DO CONSELHO BRITÂNICO DE PESQUISAS MÉDICAS

GRAU I	Dispneia apenas a esforços físicos maiores, como andar rapidamente, sobre um caminho, subir escadas ou outras superfícies inclinadas
GRAU II	Dispneia a esforços físicos moderados, por exemplo, andar devagar sobre uma superfície plana
GRAU III	Dispneia com atividade física reduzida, como vestir e despir, ou realização de pequenas tarefas
GRAU IV	Dispneia com atividade física reduzida (dispneia estática)

ÍNDICE DE BARTHEL – ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

ALIMENTAÇÃO	INDEPENDENTE (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Necessa de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5
	DEPENDENTE	0
VESTIR	INDEPENDENTE (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	DEPENDENTE	0
BANHO	INDEPENDENTE (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	DEPENDENTE	0
HIG. CORPORAL	INDEPENDENTE (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
	DEPENDENTE	0
USO CASA BANHO	INDEPENDENTE (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	DEPENDENTE	0
CONTROLO INTESTINAL	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho)	10
	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	5
	INCONTINENTE FECAL	0

CONTROLO VESICAL	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho)	10
	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	5
	INCONTINENTE OU ALGALIADO	0
SUBIR ESCADAS	INDEPENDENTE (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5
	DEPENDENTE	0
TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA	INDEPENDENTE (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	NECESSITA DE AJUDA MÍNIMA (Ajuda mínima e supervisão)	10
	NECESSITA DE GRANDE AJUDA (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5
	DEPENDENTE	0
DEAMBULAÇÃO	INDEPENDENTE (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andador, canadianas)	15
	NECESSITA DE AJUDA (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	INDEPENDENTE COM CADEIRA DE RODAS (anda pelo menos 50 metros)	5
	DEPENDENTE	0

PONTUAÇÃO / NÍVEL DE DEPENDÊNCIA:

90 – 100 – Independente

60 – 89 – Ligeiramente dependente

40 – 55 – Moderadamente dependente

20 – 35 – Severamente dependente

<20 – Totalmente dependente

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel Edições

ESCALA DE LAWTON E BRODY

Capacidade de usar o telefone:	
Utiliza o telefone por iniciativa própria	1
É capaz de marcar bem alguns números familiares	1
É capaz de atender o telefone mas não fazer marcações	1
Não utiliza o telefone	0
Fazer compras:	
Realiza todas as compras necessárias de forma independente	1
Realiza de forma independente pequenas compras	0
Necessita ir acompanhado para fazer qualquer tipo de compra	0
É incapaz de fazer compras de forma independente	0

Preparação da comida:	
Organiza, prepara e serve a comida de forma adequada	1
Prepara adequadamente a comida se lhe disponibilizarmos os ingredientes	0
Prepara, aquece e serve a comida mas não segue adequadamente a dieta	0
Necessita que lhe preparem e sirvam a comida	0
Trabalho doméstico:	
Mantém a casa limpa e arrumada necessitando de ajuda ocasional	1
Realiza tarefas ligeiras como lavar a loiça ou fazer as camas	1
Realiza tarefas ligeiras mas não consegue manter um nível de limpeza adequado	1
Necessita de ajuda para todas as tarefas domésticas	1
Não realiza nenhuma tarefa doméstica	0
Tratar da roupa:	
Lava a sua roupa de forma independente	1
Lava apenas pequenas peças de roupa	1
O tratamento da roupa é feito por terceiros	0
Utilização de transportes:	
Viaja sozinho em transportes públicos ou na sua própria viatura	1
É capaz de apanhar um táxi mas não usa outro meio de transporte	1
Viaja em transportes públicos quando acompanhado por outra pessoa	1
Utiliza o táxi ou outros transportes com ajuda de outra pessoa	0
Não viaja	0
Medicação:	
É capaz de tomar a sua medicação à hora e na dose correta	1
É capaz de tomar a sua medicação quando previamente preparada	0
Não é capaz de auto-administrar a sua medicação	0
Gestão de recursos monetários:	
Gere de forma independente os seus recursos económicos	1
Realiza as compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda nas compras maiores	1
É incapaz de gerir o seu dinheiro	0

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE – VERSÃO REDUZIDA

1	Está satisfeito com a sua vida?
2	Deixou de lado muitas das suas atividades e interesses?
3	Sente que a sua vida está vazia?
4	Sente-se aborrecido com frequência?
5	Está de bom humor na maioria das vezes?
6	Teme que lhe acontece algo de mau?
7	Sente-se feliz a maioria das vezes?
8	Sente-se frequentemente desamparado?
9	Prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?
10	Sente que tem mais problemas de memória que antes?
11	Acha que estar vivo é maravilhoso?
12	Sente-se inútil?
13	Sente-se cheio de energia?
14	Acha-se sem esperança?
15	Achas que todos à sua volta estão melhor que você?

> 5 = Depressão

> 11 = Depressão Grave



Mini Nutritional Assessment MNA®

Sobrenome:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter o escore indicador de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	
Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	

Avaliação global	
G O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>

J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O paciente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O paciente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O O paciente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>

Avaliação global (máximo 16 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Escore da triagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Escore total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/>	desnutrido

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994. Revision 2006. N87200 12/99 10M.
Para maiores informações: www.mna-elderly.com

ENTREVISTA DE ZARIT DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

1. Acha que o seu familiar pede mais ajuda do que ele(a) precisa ?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
2. Acha que não tem tempo suficiente para si próprio(a), devido ao tempo que tem de dedicar ao seu familiar?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
3. Sente-se em stress por ter de se dividir entre o cuidar do seu familiar e as suas outras responsabilidades (trabalho/família)?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
4. Sente-se envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
5. Sente-se irritado(a) ou zangado(a) quando está com o seu familiar ?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
6. Acha que o seu familiar está presentemente a afetar, de forma negativa, a sua relação com outros membros da família ou com os seus amigos?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
7. Tem medo do que o futuro pode reservar ao seu familiar?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
8. Acha que o seu familiar está dependente de si?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
9. Sente-se em tensão quando está com o seu familiar?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
10. Acha que a sua saúde se tem ressentido por causa do seu envolvimento com o seu familiar ?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
11. Acha que não tem tanta privacidade quanto desejaria, por causa do seu familiar?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
12. Acha que a sua vida social se tem ressentido por estar a cuidar do seu familiar?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	

ENTREVISTA DE ZARIT DE SOBRECARGA DO CUIDADOR – Continuação

13. Sente-se desconfortável quando recebe visitas de amigos, por causa do seu familiar?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
14. Acha que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
15. Acha que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, tendo em conta todas as suas despesas?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
16. Acha que já não será capaz de continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
17. Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que a doença do seu familiar apareceu ?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
18. Deseja que pudesse ver um outra pessoa a cuidar do seu familiar?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
19. Sente-se indeciso(a) quanto ao que fazer com o seu familiar?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
20. Acha que devia estar a fazer mais pelo seu familiar?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
21. Acha que podia cuidar melhor do seu familiar?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
22. De uma maneira geral, de que forma se sente sobrecarregado(a) por estar a cuidar do seu familiar?	NUNCA	
	RARAMENTE	
	ALGUMAS VEZES	
	BASTANTES VEZES	
	QUASE SEMPRE	
Resultados		
<p>Nunca = 1 Raramente = 2 Algumas Vezes = 3 Bastantes Vezes = 4 Quase Sempre = 5</p> <p><46 = Sem Sobrecarga >46<56 = Sobrecarga Ligeira > 56 = Sobrecarga intensa</p>		

Sequeira, C. (2010b). *Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit*. Artigo de Investigação.

Recuperado em 02 de Janeiro de 2013 em

https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D303%26codigo%3D+resultados+escala+zarit&cd=3&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

Sequeira, C. (2007). *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercursões na família*. Tese de Doutoramento. I.C.B.A.S. / Universidade do Porto, Porto.

GUIÃO DE ENTREVISTA CLÍNICA

História familiar na infância e adolescência

Qual o núcleo familiar ? Com quem viveu durante a sua infância e adolescência ?

Qual o número de irmãos ?

Como poderia ser descrito relacionamento entre os seus pais ?

Como poderia ser descrito o seu relacionamento com os seus pais ?

Como poderia ser descrito o relacionamento com os seus irmãos ?

História familiar na vida adulta

Como conheceu a sua esposa ?

Com que idade se casaram ?

Qual o número de filhos que tiveram ?

Como poderia ser descrita a sua relação conjugal (marido-mulher) ?

Como poderia ser descrita a sua relação familiar (pais-filhos) ?

Qual o núcleo familiar ?

Como lidou com a viuvez ? O que mudou na sua vida ?

Como se sente em relação à sua família atualmente ?

História educacional

Com que idade começou a estudar ?

Repetiu algum ano de estudo ?

Quais as áreas de estudo que mais gostava ?

Porque motivo abandonou os estudos (*) ?

Gostou de frequentar a escolar ?

Como poderia ser descrito o seu relacionamento com os outros colegas ?

História ocupacional

Com que idade começou a trabalhar?

Quantos empregos teve ao longo da vida? Que funções desempenhava?

Qual a atividade que mais o atrai ?

Com que idade se reformou ? E Porquê ?

Como lidou com a situação de reforma ?

História Clínica

Teve alguma doença na infância / adolescência? Se sim, qual ?

Durante a sua vida adulta desenvolveu alguma doença que seja relevante? Se sim, qual ?

Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica ou internamento? Se sim, quando e porquê?

De que sintomas se queixa actualmente?

Há quanto tempo se encontram presentes essas manifestações?

As alterações observadas manifestaram-se repentinamente (tiveram um início súbito) ou de uma forma gradual?

A situação de saúde tem vindo a evoluir de que forma (melhorias / estabilidade / declínio progressivo / evolução por estádios...)?

Quais as alterações (a nível físico, cognitivo, psicossocial, de comportamento ou de personalidade) que notou?

Tem conhecimento de algum familiar seu que tenha desenvolvido algum problema de saúde que considere relevante?

APÊNDICE 4
CASOS CLÍNICOS

Neste apêndice encontram-se apenas os casos clínicos do estudo de caso realizado durante o estágio.

CASO CLÍNICO 1

Dados Biográficos	
Nome: M.S.C.C	Nome preferido: S.
Idade: 84 anos	Data de nascimento: 12 Fevereiro 1928
Género: Feminino	Estado Civil: Viúva
Nacionalidade: Portuguesa	Naturalidade: Setúbal
Escolaridade: 2ª Classe	Profissão: Aposentada
Residência: Setúbal	Religião: Católica

História atual – “O que sabemos da pessoa e do que a rodeia?” (Collière,1999)

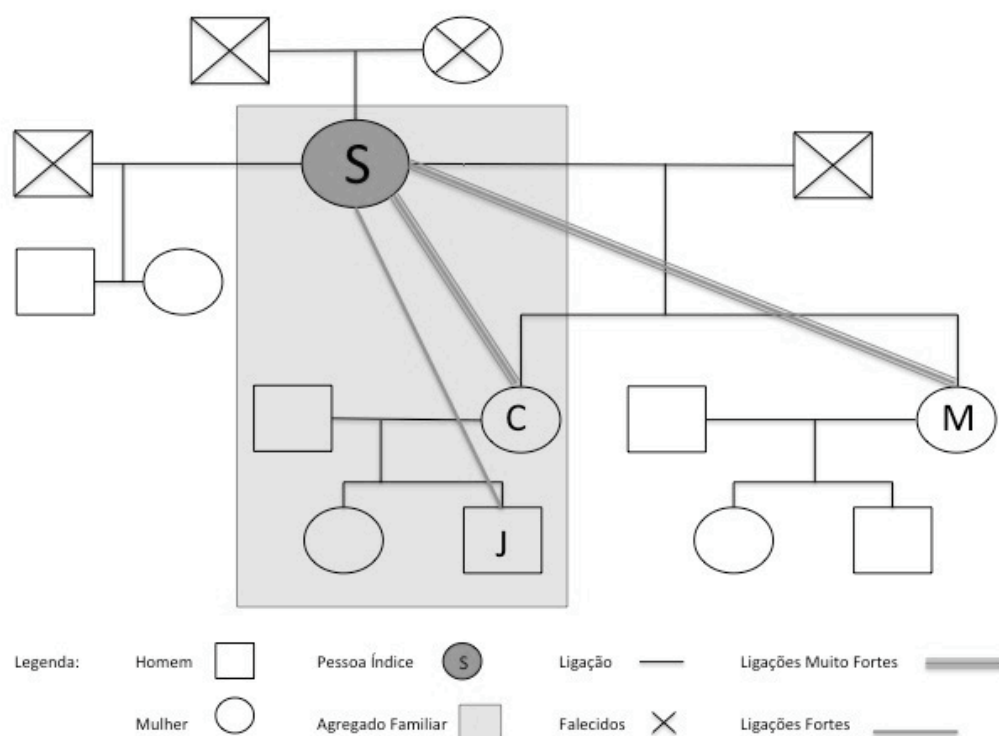
A D^a S. nasceu na Cidade de Setúbal onde viveu com os pais e 2 irmãos até aos 18 anos. Era a mais nova dos 3 filhos. Os pais e irmãos já faleceram não se conseguindo apurar a causa da sua morte. Casou 2 vezes, tendo 2 filhos de um primeiro casamento, um deles já falecido e 2 filhas do segundo. Neste momento mantém uma estreita relação com estas filhas, D^a C e D^a M.

Na sua juventude estudou até ao 2º ano do 1º ciclo e cedo começou a trabalhar numa fábrica de conserva de peixe, tendo-se dedicado ao trabalho doméstico a partir dos 35 anos. Actualmente é aposentada, recebendo um valor de reforma correspondente a 390 Euros. Não são conhecidas alergias a alimentos ou a medicamentos. Não são conhecidos hábitos alcoólicos ou tabágicos.

É viúva desde 2009, após a morte do seu esposo no contexto de complicações decorrente de uma pneumonia adquirida na comunidade. Após a sua morte, continuou a viver sozinha na moradia que os dois partilhavam. Trata-se de uma habitação terrea, urbana, com saneamento básico e eletricidade, no entanto, é um local húmido e com dimensões reduzidas, com barreiras arquitectónicas ao nível do acesso à habitação. Possui cozinha, casa de banho e quarto. Tem um espaço exterior onde eram plantados alguns legumes, tendo esta atividade sido abandonada essencialmente por queixas de dores oseoarticulares e fadiga. Apesar de viver sozinha, recebia apoio quase diário daquele que poderá ser considerado à data o seu núcleo familiar: as suas filhas, D^a Carla e D^a Maria e respetivos genros e netos. Este apoio consistia fundamentalmente na compra e confeção de alimentos e

limpeza da casa. Do genograma familiar destaca-se a relação mais forte que estabelece com as suas filhas, pela proximidade das suas habitações e com o seu neto J. Os irmãos da D^a S., por já terem falecido, foram omitidos do genograma familiar.

Genograma



História atual – “O que sabemos sobre a doença ?” (Collière, 1999)

Não existem referências a problemas de saúde significativos até aos 65 anos. A partir dessa altura, a D^a S identifica um aumento progressivo das queixas osteo-articulares, nomeadamente ao nível das articulações coxo-femorais. Este problema terá sido identificado e monitorizado pelo médico de família tendo na altura sido medicada com anti-inflamatório não esteroide com efeito. Existe também referência a um episódio isolado de trombose venosa profunda há mais de 10 anos bem como uma erisipela registada em 2006, ambas ao nível do membro inferior esquerdo.

A D^a S apresenta uma ptose palpebral e flacidez ao nível da hemiface direita na sequência de paralisia facial no contexto de infeção por Herpes Zooster em 2007.

Em 2010 após um quadro de dispneia e edema dos membros inferiores com 1 semana de evolução, é internada no CHS onde lhe é diagnosticada insuficiência cardíaca descompensada e fibrilhação auricular. No decurso deste internamento é sujeita a manobras de ventilação não invasiva por acidémia respiratória e cardioversão química da sua arritmia. Sai com alta para o domicílio com diagnóstico de IC (NYHA II/III) e fibrilhação auricular crónica, tendo sido seguida em consulta de cardiologia privada.

Em junho de 2012 é assistida no serviço de urgência por episódio de desidratação tendo alta para o domicílio passadas 12h.

No dia 13 de outubro é novamente trazida ao serviço de urgência por queixas de fadiga e edema dos membros inferiores. É sujeita a terapêutica médica com diuréticos saindo com alta para o domicílio.

No dia 22 de outubro é registado um episódio sobrepunível ao anterior. Sai com alta e indicação para acompanhamento pelo médico de família no centro de saúde da área de residência.

No dia 26 de outubro entra no Serviço de Urgência acompanhada pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação do Instituto Nacional de Emergência Médica por respiração ineficaz, ingurgitamento jugular e edema dos membros inferiores (Godet III). Fica internada no Serviço de Observações do Serviço de Urgência com diagnóstico de Edema Agudo do Pulmão no contexto de Crise Hipertensiva secundário a Insuficiência Cardíaca com acidémia respiratória grave. Verifica-se também um derrame pleural bilateral. Houve necessidade de iniciar manobras de Ventilação Não Invasiva tendo permanecido internada 10 dias. Sai com alta para a sua casa com apoio diário da sua filha C. No período compreendido entre junho e outubro, são relatadas pelas filhas episódios de sonolência, deterioração do estado cognitivo e autonomia funcional. Após consulta no centro de saúde é-lhe diagnosticado um Síndrome Demencial.

No dia 13 de Novembro é trazida de novo ao Serviço de Urgência por dispneia, edema dos membros inferiores, diminuição do débito urinário e discurso incoerente sendo novamente internada para compensação de doença cardíaca e acidémia

respiratória. Esteve internada 10 dias, transitando do serviço de urgência para o serviço de internamento de medicina interna, tendo alta a 23 de Novembro.

Avaliação Atual da Pessoa Idosa

São 23h00. A D^a S. encontra-se internada no Serviço de Observações do Serviço de Urgência Geral do CHS. O quarto tem uma lotação de 5 camas encontrando-se todas ocupadas. A luminosidade já estava reduzida. A D^a S. está deitada em cama elétrica e articulada sobre colchão anti-escaras, em posição de Fowler e conectada a monitor cardíaco sob monitorização de traçado, tensão arterial não invasiva, saturação periférica de oxigénio e frequência respiratória. Encontra-se ainda conectada e bem adaptada com máscara facial, a ventilador não invasivo em modalidade de BIPAP com aporte de oxigénio a 4l/m. Encontra-se espoliada de bens pessoais segundo protocolo do serviço de urgência. Tem uma bata de pano vestida e está coberta por lençol e cobertor. Não tem e não utiliza prótese auditiva e dentária, apesar da falta de peças dentárias e aparente diminuição da acuidade auditiva. Tem cabelo grisalho com um comprimento pelos ombros, moderadamente cuidados mas com sinais de alopecia.

Está acordada. Encontra-se consciente e orientada alopsiquicamente com períodos transitórios de discurso incoerente, segundo as notas de ocorrência de enfermagem. Permitiu-me que lhe fizesse uma rápida observação física. Apresenta um bom estado geral com pele e mucosas coradas e hidratadas. Higiene corporal e integridade cutânea mantida com um Score de Braden à entrada de 00. Tem edemas dos membros inferiores (Godet II). Mantém sensibilidade, coordenação, amplitude e simetria de movimentos nos quatro membros. Apresenta fáceis correspondente a dor 2, segundo a escala numérica para avaliação da dor, à mobilização da articulação coxo-femural direita. Tem fralda de proteção e encontra-se com cateter vesical nº14 para monitorização horária do débito urinário. Tem ainda um acesso venoso periférico canalizado no dorso da mão esquerda sem sinais inflamatórios. Apresenta dispneia grau III⁸ com movimentos respiratórios toraco-abdominais, simétricos e de média amplitude com tiragem intercostal. Não se

⁸ Segundo a Escala de Dispneia Modificada do Conselho Britânico de Pesquisas Médicas (Em uso no Serviço de Urgência) – Dispneia Grau IV (Sinais de dispneia com atividade física reduzida-dispneia estática) in Schaffler, A. & Menche, N. (2004).

observa tiragem supra-clavicular ou ingurgitamento jugular. Abdomen globoso, mole, depressível.

Devido à dispneia e à hora registada, opta-se por realizar a restante colheita de dados durante a hora da visita, bem como a entrevista de família.

São prestados cuidados de conforto com mobilizações corporais com o auxílio de almofadas e proporciona-se um ambiente calmo e promotor do sono. Os sinais vitais não apresentam alterações dignas de registo sendo o débito urinário de 100cc por hora. O traçado cardíaco registado ao longo da noite apresenta um ritmo irregular sem onda P visível e com frequência controlada. É administrada terapêutica diurética por via endovenosa tal como prescrição médica.

Pela manhã mantém-se bem adaptada ao ventilador, sem sinais de dificuldade respiratória e frequência de 18 ciclos por minuto. Do ponto de vista alopsíquico apresenta-se orientada no espaço, tempo e pessoa. Está comunicativa. Volto a apresentar-me e a combinar uma visita pelas 14h30.

Avaliação Multidimensional do Idoso

Face aos consecutivos reinternamentos por descompensação da doença cardíaca opta-se por incluir a cliente no modelo de acompanhamento desenvolvido no âmbito de estágio onde se insere este ensino clínico.

A colheita de dados onde se incluiu uma entrevista de família (Anexo III), foi realizada, aproveitando a hora de visita no Serviço de Observações e inserida ainda no período janela das primeiras 24h de internamento. Na entrevista estavam presentes a D^a S. num primeiro momento e num segundo momento as filhas, C. e M. Da colheita de dados destaca-se para uma primeira análise, o resultado do perfil biopsicossocial obtido através do IAI.

Aplicação do IAI – Resultados do perfil Biopsicossocial da D^a S.⁹

	Pontuação
Sexo	0
Idade	0
Queixas Saúde	0
Estado Nutricional	0
Quedas	3
Locomoção	0
Autonomia Física	1
Autonomia Instrumental	0
Queixas Emocionais	0
Estado Cognitivo	2
Estado Social	0
Hábitos	1

Da análise do perfil obtido salienta-se o facto de as *queixas em saúde* terem obtido uma pontuação de 0 à custa de dores osteoarticulares ao nível da articulação coxo-femural direita correspondente a uma coxo-artrose já diagnosticada pela médico de família, diminuição da acuidade auditiva e diminuição da acuidade visual com presença de cataratas. Ao nível do *estado nutricional* salienta-se um IMC de 33,3 correspondendo a uma obesidade grau I. Ao nível da *locomoção* a pontuação de 0 verifica-se à custa da incapacidade em andar sozinha na rua associada a dor articular e fadiga. No que diz respeito à *autonomia física*, a D^a S. necessita de ajuda de terceiros para realizar a higiene pessoal, vestir e despir-se e preparar, servir e tomar os alimentos, sendo a pontuação 1 correspondente a dependente.

Em relação à *autonomia instrumental* a D^a S. é incapaz de fazer as suas compras, efetuar a limpeza da habitação, usar transportes públicos e gerir o seu dinheiro. É dependente de terceiros para tomar a sua *medicação*, nomeadamente ao nível da identificação do fármaco, da dose e horário correto. Ao nível das *queixas emocionais* o resultado de 0 está de acordo com a medicação anti-depressiva que faz parte do seu regime terapêutico anterior a este internamento, sendo que poderá estar agravada pelos índices elevados de isolamento social. Por último salienta-se um resultado positivo ao nível do *estado cognitivo* que coincide com um período em que a gasimetria arterial tinha valores dentro de parâmetros normais, o que nos sugere, que as alterações oscilantes ao nível do discurso referenciadas pelas filhas, bem

⁹ A pontuação do perfil biopsicossocial situa-se entre o 0 e 3. 0 = Mau , 1 = Insatisfatório , 2 = Satisfatório , 3 = Bom

como um diagnóstico de “*síndrome demencial*” efetuado pelo seu médico de família, possam estar intimamente relacionados com uma hipoxémia basal desconhecida. Importa referir que ao longo da entrevista foi notório o desconhecimento da D^a S. em relação ao conhecimento da sua doença em si.

Por forma a obter uma avaliação mais específica ao nível da autonomia física, instrumental, dispneia, depressão, estado nutricional e adesão ao regime medicamentoso, aplicou-se os seguintes instrumentos com os respetivos resultados:

Instrumento	Resultado	Observação
Mini Nutricional Assessment®	17	Risco de desnutrição
Índice de Barthel	50	Moderadamente dependente
Escala de Lawton e Brody	1	Muito dependente
Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	9	Depressão
Escala Dispneia Modificada do Conselho Britânico de Pesquisas Médicas	III	Dispneia com atividade reduzida
Questionário de Morisky / Ramalinho e Cabrita	80 %	Parcialmente Aderente
Índice de Complexidade Medicamentosa	18	-----

No quadro seguinte encontra discriminado o regime medicamentoso à data do internamento, tal como relatado pela família:

Fármaco	P.Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar	C.M.
Esomeprazol 40mg	1					1
Furosemido 20mg	1				1	3
Tiotrópio 18mg HandiHaler			1			6
AAS 150mg		1				1
Carvedilol 6,25 mg	1			1		1
Anafranil 25mg		1				1
Ramipril 5mg			1			1
Haloperidol gotas (SOS)						3

Da análise deste regime determina-se, por se considerar pertinente no contexto do trabalho em estudo, que o índice de complexidade medicamentosa tal preconizado por Conn, Taylor & Kelley (1991) é de 17. Da colheita de dados identificam ainda os

seguintes fatores preditores de não adesão ao regime terapêutico no estudo de caso desta cliente (WHO, 2003):

Sócio-Culturais	<ul style="list-style-type: none">• Analfabetismo, preço da medicação, crenças e costumes
Profissionais e os serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Incapacidade dos profissionais de saúde em avaliar o grau de adesão e a sua repercussão nos indicadores de saúde
Doença de base e co-morbilidades	<ul style="list-style-type: none">• Gravidade da sintomatologia e existência de comorbilidades
A própria terapêutica	<ul style="list-style-type: none">• Complexidade e duração do regime terapêutico e ausência imediata de melhoria
Individuais relativos à pessoa	<ul style="list-style-type: none">• Ausência de informação, auto-conhecimento e percepção da doença

Diagnóstico de capacidade de auto-gestão e adesão

Da colheita de dados, concluímos que existe uma disparidade em relação àquilo que são os índices de autonomia física, instrumental, a um estado de depressão e isolamento social e a alterações cognitivas transitórias (que interpretamos como sendo motivados por longos períodos de hipoxémia basal), com os resultados obtidos ao nível dos instrumentos específicos de diagnóstico de adesão. Conclui-se, à luz da evidência científica, que o questionário de Morisky é pouco sensível, nomeadamente se aplicado numa primeira abordagem do profissional de saúde à pessoa / família. Uma atitude defensiva por pensar que possa existir algum tipo de julgamento ou punição, leva muitas vezes a resultados sobrevalorizados neste tipo de instrumento. (Henriques, 2011). Perante a identificação de diversos fatores preditores de não adesão, aliado ao facto de a D^a S. enunciar com dificuldade o nome dos fármacos, identificando-os preferencialmente pela côr e tamanho e devido ao desconhecimento em relação à sua indicação terapêutica e efeitos secundários, considera-se que não existe adesão ao regime medicamentoso por parte da D^a S. Esta falta de informação é extensível às suas filhas, não tendo conhecimento das implicações da doença em si, nem dos efeitos esperados e indesejados do regime medicamentoso. De notar ainda que, no períodos compreendido entre o dia 13 de outubro e 13 de novembro, a D^a S. registou 4 episódios de descompensação cardíaca grave, facto que, devido ao ser carácter recorrente num curto espaço de tempo, não poderá ser interpretado apenas como a progressão natural da sua doença crónica.

Caracterização do cuidador familiar

Da entrevista de família consegue-se apurar que as suas filhas se encontram preocupadas com a situação de saúde da sua mãe. A sua filha C. tem assumido até à data, segundo Sequeira (2010) o papel de cuidadora secundária, ajudando “na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem a responsabilidade de cuidar (...) esta ajuda pode ser ao nível da prestação directa de cuidados ou a outro nível, como o económico, o apoio em actividades de lazer, o apoio em actividades sociais” (p.157). Durante a entrevista são várias as referências ao facto de a mãe já não ter capacidade “de fazer a sua vida sozinha. Mesmo se eu continuar a ir lá a casa duas ou três vezes por dia, para a lavar e vestir ou para lhe dar de comer, ela já não tem condições de viver assim. Pode cair, pode-se sentir mal....eu sei lá....Além disso nos últimos dias ela às vezes já não dizia coisa com coisa e estava sempre com falta de ar” (sic).

Para Sequeira (2010) o cuidador familiar “tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar directamente a pessoa idosa que necessita de cuidados” (p.157). Perante a história da doença atual da D^a S., opta-se por aplicar à sua filha C. o IAI por forma a determinar se existem condições para a auto-gestão da doença de sua mãe, obtendo-se os seguintes resultados:

Aplicação do IAI – Resultados do perfil Biopsicossocial da D^a Carla

	Pontuação
Sexo	0
Idade	2
Queixas Saúde	3
Estado Nutricional	3
Quedas	3
Locomoção	3
Autonomia Física	3
Autonomia Instrumental	3
Queixas Emocionais	2
Estado Cognitivo	3
Estado Social	3
Hábitos	3

Aliado ao facto de esta sua filha se encontrar disponível e motivada para acolher a mãe em sua casa e tendo em conta o resultado obtido no perfil biopsicossocial, conclui-se que existem condições para planear as intervenções de enfermagem junto da sua filha e que promovam uma adesão total ao regime medicamentoso.

A D^a C. tem neste momento 53 anos. É casada e vive com o seu esposo e dois filhos. Vivem sem Setúbal, numa moradia de piso térreo com 4 assoalhadas de dimensões reduzidas. Possuem saneamento básico e eletricidade, no entanto não

existe climatização adequada apresentando-se as janelas e portas num estado degradado. A mudança da D^a S. implica uma adaptação da habitação, mas que não apresenta aparentemente um problema para a família. A casa de banho poderá também ser adaptada com a colocação de corrimão no poliban. Durante o período em que decorreu o internamento, a família procedeu às alterações na habitação para receberem o seu familiar.

Diagnósticos e intervenções de Enfermagem (Plano de Cuidados)

Tendo em consideração os objetivos gerais do estágio onde se insere este trabalho, identificaram-se como prioritários os seguintes diagnósticos de enfermagem que prorizem as intervenções ao nível da adesão do idoso ao seu regime medicamentoso, de acordo com a CIPE versão beta 2:

1. Aceitação do estado de saúde diminuído;
2. Stress por mudança de ambiente em grau moderado;
3. Insegurança na família em grau moderado
4. Dispneia em grau moderado;
5. Adesão ao regime medicamentoso comprometido

Diagnóstico de Enfermagem		Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Foco	Juízo	Ação	
<u>Aceitação do estado de saúde</u>	<u>Diminuído</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o envolvimento da família - Encorajar a comunicação expressiva de emoções; - Encorajar a interação de papéis; - Incentivar a tomada de decisão com conhecimento e a concordância com o regime medicamentoso; - Elogiar a tomada de decisão; - Educar o idoso / família sobre a etiologia, implicações, sintomatologia e prognóstico da insuficiência cardíaca; - Treinar o cuidador familiar para a monitorização da pressão arterial (disponibilizar esfigmomanómetro no domicílio), frequência cardíaca, frequência respiratória, débito urinário e edemas periféricos. - Promover a prestação de serviços na comunidade através da articulação com a RNCCI 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar resposta por follow-up telefónico às 24 e 48h após a alta hospitalar; - Avaliar resposta em consulta pós alta(se aplicável) ao idoso e / ou família; - Avaliar a qualidade da monitorização feita pelo cuidador
		Outcomes: Aceitação do estado de saúde normal	
<u>Stress por mudança de ambiente</u>	<u>Em grau moderado</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar o idoso e cuidador promovendo a comunicação expressiva de emoções através do diálogo, tentando perceber o que a preocupa e o que sente, demonstrar escuta activa e disponibilizar para ajudá-la a ultrapassar os seus medos e receios; - Demonstrar empatia e confiança; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o grau de stress através da sua verbalização e comportamento.
		Outcomes: Redução do grau de stress para grau reduzido	
<u>Insegurança na família</u> (alteração da dinâmica familiar)	<u>Em grau moderado</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a comunicação expressiva de emoções por parte dos familiares relativamente aos seus medos e receios; - Promover o envolvimento da família nos cuidados à D.G. para que se possam sentir mais próximos e colaboradores na sua recuperação; - Incentivar a tomada de decisão com conhecimento por parte da D.G. para que continue a sentir que a sua vontade é respeitada; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar grau de insegurança da família através das suas manifestações verbais e comportamentais. - Insegurança na família diminuído
		Outcomes: Redução do grau de insegurança na família para grau reduzido; Manutenção dos papéis na estrutura familiar	

<p><u>Dispneia</u></p> <p>Escala de Dispneia Modificada do Conselho Britânico de Pesquisas Médicas – Dispneia Grau IV (Sinais de dispneia com atividade física reduzida-dispneia estática)</p>	<p><u>Em grau moderado</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a colocação de ventilador não invasivo durante a noite e em períodos diurnos de 2+2h (a meio da manhã e meio da tarde), com a parametrização predeterminada de P16, Pe6, FR 18-20 com 6l/m de oxigénio; - Ensinar a colocação da máscara por forma a obter valores de fuga desprezíveis (< 30 l/m); - Ensinar a família e monitorizar sinais de insuficiência respiratória: frequência respiratória > 30cpm, tipologia e amplitude, utilização de musculatura acessória e deteção de cianose periférica e central,, adejo nasal; - Ensinar a colocação de óculos nasais durante os períodos de alimentação. 	<p>Avaliar resposta aos procedimentos terapêuticos</p>
		<p>Outcomes: Dispneia em grau reduzido; Aumento de conforto</p>	
<p><u>Adesão ao regime medicamentoso</u></p>	<p><u>Comprometido</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a concordância com o regime medicamentoso; - Administrar programa de educação individual oral e escrito acerca da doença crónica em questão regime medicamentoso; - Encorajar a auto-monitorização da doença (tensão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória); - Administrar programa de educação por forma a que a família adquira competências na monitorização dos sinais vitais descritos; - Vigilância - Planear um programa diário de tomadas de medicamentos por escrito (nome, dose, horário, efeito terapêutico, efeitos adversos e instruções para lidar com os mesmos); 	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões familiares diárias durante o período de internamento; - Follow-up telefónico às 24h / 48h / 72h após a alta hospitalar. Validação dos parâmetros vitais - Pedido de monitorização de adesão do regime medicamentoso através da plataforma da RNCCI - Consulta de gestão de alta
		<p>Outcomes: Adesão ao regime medicamentoso normal</p>	

Monitorização de intervenções complexas em enfermagem

A adesão pela sua complexidade requer intervenções complexas e multifacetadas que passam em primeiro lugar com a concordância da pessoa em tomar os medicamentos. Este é segundo Banning (2007) o pilar da mudança de comportamento. O segundo será o de tomar os medicamentos, de forma livre, consciente e informada (Banning, 2007 ; Henriques, 2011).

“O enfermeiro tem de ser capaz de estabelecer um plano de intervenção que tenha em conta a concordância da pessoa e com ela e com a família, negociar de acordo com as crenças e valores, necessidades sociocognitivas, comportamentais e educativas esse plano com objetivo e metas exequíveis e mensuráveis”

(Henriques, 2011, p. 34)

Para a WHO (2003), esta capacitação passa pela criação de um eixo dinâmico de mudança, entre a informação fornecida sobre a doença e a motivação da pessoa para a mudança. O dinamismo criado neste eixo dotará a pessoa/família de habilidades comportamentais que levarão no final a uma mudança de comportamento (Figura 3). Para Henriques: *“as pessoas idosas assumem cada vez mais a responsabilidade pelo seu auto-cuidado sendo imperativo que os enfermeiros (...) proporcionem a aquisição de competências essenciais para promover o auto-cuidado com garantia de independência e bem-estar”* (Henriques, 2011, p.46)

O fenómeno da não adesão tem uma etiologia multifatorial, no entanto, existem um conjunto de intervenções que, se aplicadas de forma sistemática, são comprovadamente eficazes na melhoria da adesão ao tratamento (Bugalho & Carneiro, 2004).

A educação do idoso/família focado na auto-gestão da doença é reconhecida como essencial (Washburn & Hornberger, 2008). Tal como nos sugere Collière (1999, 2003), e comprovadas nos estudos de Suhonen, Valimki & Leino-Kilpi (2008), as intervenções de enfermagem centradas e individualizadas na Pessoa / Família, nomeadamente em áreas de educação e aconselhamento, são superiores em termos de resultados finais, quando comparadas com intervenções não-individualizadas: *“Experience of health is individual, therefore, nursing interventions should also be individualized to each patient.”* (Suhonen, Valimki & Leino-Kilpi, 2008, p.2)

Na situação em estudo, foram selecionadas de entre o leque que intervenções educacionais e comportamentais que segundo Bugalho & Carneiro (2004) e Henriques (2011), são comprovadamente eficazes no aumento da adesão ao regime medicamentoso. Estas intervenções foram iniciadas nas primeiras 24h de internamento.

Em seguida demonstra-se, recorrendo ao modelo gráfico de Perera & Yudkin (2007), quais e de que forma foram aplicadas as intervenções educacionais e comportamentais ao longo do tempo em que decorreu este caso clínico:

Intervenções para aumento da adesão terapêutica	
INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS	
Administração de informação	
Oral (Informação acerca do estado de saúde, diagnóstico e prognóstico da doença)	1
Escrita (Disponibilização de informação em suporte papel acerca da insuficiência cardíaca)	2
Programa de educação individual (Ensino à família acerca do regime medicamentoso)	3
INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS	
Aumento da comunicação e aconselhamento	
Direto	1
Seguimento direto por via telefónica (Inclui a monitorização da eficácia das intervenções e o estado de saúde do idoso)	2
Intervenção familiar (Entrevista de família e envolvimento da família nos ensinos de preparação para alta)	3
Visita Domiciliária	4
Envolvimento dos doentes no seu tratamento	
Auto-monitorização da doença (Capacitar o idoso/família para monitorizar a glicemia, tensão arterial, função respiratória)	5
Memorandos	
Informação visual sobre a toma da medicação	6
Recompensa pela melhoria da adesão e resultados terapêuticos	
Facilitação na aquisição de aparelhos de monitorização de tensão arterial e glicémia	7

		Monitorização de intervenções complexas de adesão							
		14 Nov	15 Nov	16 Nov	19 Nov	20 Nov	21 Nov	22 Nov	23 Nov
		1,1,3	1,1,3	1,1,3	1	3	1,2,3,3	1,3,1,3,5,6	1,3,1,3,5,6
Alta >		24 Nov	25 Nov	28 Nov	30 Nov	3 Dez	6 Dez	10 Dez	13 Dez
		2,7	2	2	1,1,4,5,6	2	2	2	2
		17 Dez	19 Dez	22 Dez	26 Dez	30 Dez	7 Jan	14 Jan	21 Jan
		1,1,4	2	4	2	2	2	2	2
		28 Jan	15 Fev						
		2	2						

DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO

Após a análise e reflexão em torno da experiência de cuidados de enfermagem que envolveu a realização do presente estudo, concluímos que o diagnóstico de não adesão a um regime medicamentoso é processo complexo. O diagnóstico de casos de não adesão é difícil ou mesmo impossível de realizar, se o enfermeiro recorrer apenas a um instrumento ou se interpretar de forma isolada um dado relativo à autonomia física, funcional ou condição cognitiva. Com a colheita de dados através de um modelo de avaliação multidimensional do idoso, foi possível concluir que estávamos perante um caso de não adesão ao regime terapêutico.

É importante que o enfermeiro inicie ainda durante o internamento intervenções específicas que promovam a adesão. Existem estudos que indicam níveis mais elevados de adesão a clientes que, durante o internamento, são envolvidos em programas de preparação e auto-administração de terapêutica com supervisão dos enfermeiros. Neste caso, optou-se por envolver a família no processo de cuidados ainda em ambiente de internamento. Desta forma, à data da alta, a família encontrava-se familiarizada com a doença em si, com os nomes dos fármacos, a sua importância e os efeitos desejados, indesejados e secundários, bem como o esquema diário a respeitar.

Outra situação que importa salientar e que consideramos de extrema importância ao longo das semanas em que decorreu este estudo, tem a ver com a monitorização das intervenções. De acordo com Henriques (2011): *“Monitorizar os resultados das intervenções é imprescindível para perceber de que forma elas produzem resultados favoráveis de saúde, percebidos pela pessoa de forma continuada”*. Apesar de existirem descritas formas de telemonitorização complexas e mais invansivas que passam pela monitorização permanente dos sinais vitais, utilização de vídeo-vigilância, entre outras, de acordo com George, Elliot & Steward (2008), optou-se por um regime de *follow-up* consistente ao longo do tempo, com a disponibilização de uma linha de apoio telefónico permanente, visita domiciliária e contacto telefónico regular pelo enfermeiro. Isto permitiu manter um nível de adesão de 100% ao longo do tempo, diminuindo sistematicamente os níveis de ansiedade do cuidador à medida que as dúvidas que inevitavelmente iam surgindo, eram esclarecidas. Durante o contacto telefónico eram validados os dados referentes à monitorização de

parâmetros como a tensão arterial, frequência cardíaca, respiratória, débito urinário (Bugalho & Carneiro, 2004). Estes mesmos dados ficaram também disponíveis para a equipa de centro de saúde da área de residência durante a visita domiciliária que efetuaram no dia 26 de dezembro de 2012. Esta visita foi proporcionada através da referenciação à RNCCI de um caso de não adesão ao regime medicamentoso a necessitar de supervisão.

Durante o período em que decorreu este trabalho não se observaram queixas por parte do cuidador que pudessem indiciar níveis de sobrecarga elevados. Ainda assim, no dia 3 de janeiro de 2013, aproveitando uma consulta hospitalar de medicina interna, aplicou-se à D^a C. o questionário de sobrecarga de Zarit obtendo-se um score de 37.

CASO CLÍNICO 2

Dados Biográficos	
Nome: R.R.C.A.L.	Nome preferido: R.
Idade: 77 anos	Data de nascimento: 24 Fevereiro 1935
Género: Feminino	Estado Civil: Viúva
Nacionalidade: Portuguesa	Naturalidade: Cercal
Escolaridade: 4ª Classe	Profissão: Aposentada
Residência: Setúbal	Religião: Católica

História atual – “O que sabemos da pessoa e do que a rodeia?” (Collière,1999)

A D^a R. nasceu na vila do Cercal em 1935 tendo sido a única filha de um casal de agricultores que se dedicava ao cultivo da terra e criação de animais. Apesar de referir que teve uma infância feliz, são frequentes as referências ao longo da entrevista aos tempos difíceis que se viviam na altura. A D^a R. evidencia com saudade a existência de um grupo de outras crianças na vila que de certa forma colmatava a ausência de irmãos. Após a conclusão do antigo ensino oficial (4^a classe), a D^a R. começou a dedicar-se às tarefas domésticas auxiliando sempre que necessário no trabalho no campo. Aos 18 anos conheceu o Sr. F., que viria a ser o seu esposo e com o qual se mudou para a cidade de Setúbal. Como esposa de pescador, apesar de o seu trabalho ser maioritariamente doméstico, frequentemente se deslocava ao cais da cidade, auxiliando no acondicionamento das artes de pesca. Foi mãe aos 23 anos de um rapaz, atualmente com 54 anos e a residir na Vila de Palmela. Recebe a visita do seu filho, nora e netos uma vez por semana. Coloca de parte a hipótese de ir viver com o seu filho, apesar de já lhe ter sido proposto por diversas vezes.

É viúva há cerca de 10 anos, aposentada, recebendo um valor de reforma de cerca de 400 Euros. Não são conhecidas alergias a alimentos ou a medicamentos. Não são conhecidos hábitos alcoólicos ou tabágicos.

Atualmente reside num apartamento de 3 assoalhadas com cerca de 50 anos, situado num rés-do-chão de uma prédio com 3 andares. Trata-se de uma habitação de estilo urbano com saneamento básico e eletricidade e sem barreiras arquitetónicas relevantes ao seu acesso. Apesar de viver sozinha, tem a companhia diária de uma vizinha com quem partilha grande parte do tempo. Efetua as suas compras diárias, confeciona os seus alimentos e gere de forma independente o seu dinheiro.

História atual – “O que sabemos sobre a doença ?” (Collière, 1999)

Com diagnóstico de Diabetes Mellitus com 12 anos de evolução, a D^a R. identifica esse o momento em que começou a ter problemas com a sua saúde. Durante a infância refere ter tido as doenças “*normais da idade*” (sic), não as sabendo especificar. Sensivelmente deste os 60 anos, refere queixas orleo-articulares esporádicas, resolvidas sempre com necessidade de terapêutica anti-inflamatória.

Em 2007 é lhe diagnosticada, durante um episódio de urgência na sequência de palpitações e dispneia, uma fibrilhação auricular com necessidade de internamento durante 4 dias para realização cardioversão química.

Em 2009 é internada no CHS em estado crítico na sequência de um Tromboembolismo Pulmonar. Na sequência da investigação médica desencadeada por este evento embólico foi ainda diagnosticada uma insuficiência cardíaca (NYHA II).

Da consulta do processo informático destacam-se 85 episódios de urgência desde 2007, sendo a maioria deles (> 70 %), desencadeados por descompensação das doenças crónicas de base, nomeadamente pela descompensação da IC. Pelo número elevado de episódios. considera-se pertinente a inclusão da D^a R. neste estudo.

Avaliação Atual da Pessoa Idosa

Pelas 11h do dia 5 de dezembro de 2012, a D^a R. recorre novamente ao SU acompanhada pelo INEM por queixas de dificuldade respiratória. É encaminhada para uma área de atendimento polivalente (Sala Aberta), após ter sido triada com a

cor Laranja a que corresponde um atendimento “*Muito Urgente*” segundo o protocolo de Manchester.

Sentada em cadeirão, encontra-se consciente, lúcida e orientada no espaço, tempo e pessoa. Apresenta-se com dispneia grau IV¹⁰ com respiração tóraco-abdominal de média amplitude, sem tiragem intercostal, com uma frequência de 40 ciclos por minuto. Após monitorização dos restantes parâmetros vitais destaca-se uma frequência cardíaca de 120, com pulso periféricos presentes, simétricos, cheios e irregulares.

Da observação física destaca-se um bom estado geral com pele e mucosas coradas e hidratadas. Higiene corporal cuidada e integridade cutânea mantida. Apresenta cabelo comprido, abaixo dos ombros de cor grisalha. Sem sinais de alopecia. Usa óculos para correção de miopia e prótese dentária completa. Apresenta edema dos membros inferiores (Godet II/III). Mantém sensibilidade, coordenação, amplitude e simetria de movimentos nos quatro membros. Ao nível dos membros inferiores apresenta ainda trajetos varicosos marcados bilaterais. Não existe história de ruptura de variz ou úlceras de perna.

Canaliza-se acesso venoso periférico e colhe-se sangue para fins analíticos. Inicia oxigénio a 10l/m e é-lhe administrada terapêutica diurética. Inicia monitorização do débito urinário. A estabilização do quadro decorreu durante um período de 7h, tendo realizado outros meios complementares de diagnóstico, como RX de tórax e eletrocardiograma mas sem achados relevantes.

Avaliação Multidimensional do Idoso

Face aos consecutivos reinternamentos por descompensação da doença cardíaca opta-se por incluir a cliente no modelo de acompanhamento desenvolvido no âmbito de estágio onde se insere este ensino clínico.

¹⁰ Segundo a Escala de Dispneia Modificada do Conselho Britânico de Pesquisas Médicas (Em uso no Serviço de Urgência) – Dispneia Grau IV (Sinais de dispneia com atividade física reduzida-dispneia estática) in Schaffler, A. & Menche, N. (2004).

Aplicação do IAI – Resultados do perfil Biopsicossocial da D^a R.¹¹

Pontuação

Sexo	0
Idade	0
Queixas Saúde	0
Estado Nutricional	2
Quedas	3
Locomoção	3
Autonomia Física	3
Autonomia Instrumental	3
Queixas Emocionais	2
Estado Cognitivo	3
Estado Social	1
Hábitos	1

Após a aplicação do IAI, optou-se por aplicar os seguintes instrumentos de diagnósticos:

Instrumento	Resultado	Observação
Mini Nutricional Assessment®	12	Estado Nutricional Normal
Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	7	Depressão
Escala Dispneia Modificada do Conselho Britânico de Pesquisas Médicas	II	Dispneia com atividade reduzida
Questionário de Morisky / Ramalhinho e Cabrita	60 %	Parcialmente Aderente
Índice de Complexidade Medicamentosa	16	-----

No quadro seguinte encontra-se o regime medicamentoso prescrito (consulta através do sistema informático) mas que a D^a R. não o relata com exatidão:

Fármaco	P.Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar	C.M.
Esomeprazol 20mg	1					1
Furosemido 20mg	1				1	3
Cordarone 200mg	1		1			3
Sinvastatina 20mg				1		1
Bisoprolol 5mg	1					1
Zolpidem 10mg dormir					1	1
Varfarina 5mg		1				1
Lercanidipina 10mg ca		1				1
Zofenopril 30mg ieca			1			1
Metolazona 5mg diuretico	1				1	3

Da colheita de dados destacam-se ainda os seguinte fatores preditores de não adesão:

¹¹ A pontuação do perfil biopsicossocial situa-se entre o 0 e 3. 0 = Mau , 1 = Insatisfatório , 2 = Satisfatório , 3 = Bom

Diagnóstico da capacidade de auto-gestão e não adesão

Após a aplicação do IAI contata-se que a D^a R. se apresenta em excelente condição tendo uma vida perfeitamente autónoma. Registe-se que obteve a pontuação máxima ao nível da autonomia física e instrumental bem como a nível cognitivo. Por outro lado, o desconhecimento em relação à medicação que faz diariamente e pontuação obtida ao nível do questionário de auto relato, faz-nos concluir que estamos perante um caso de não adesão ao regime medicamentoso e que poderá estar relacionado com muitos dos episódios de urgências registados. A D^a R. confessa-nos que gere a sua medicação conforme se sente melhor ou pior. Também não é realizado qualquer tipo de monitorização e é comum deixar acabar os medicamentos.

Neste caso em concreto, as capacidades apresentadas pela D^a R. só por si poderiam indiciar uma eficácia das intervenções específicas promotoras da Adesão, no entanto, visto existir um filho, que ao que conseguimos apurar é uma pessoa presente, optou-se por envolvê-lo em todo o processo chamando-o ao hospital no momento da alta.

Sócio-Culturais	<ul style="list-style-type: none">• Preço da medicação e transportes, crenças e costumes
Profissionais e os serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Incapacidade dos profissionais de saúde em avaliar o grau de adesão e a sua repercussão nos indicadores de saúde.
Doença de base e co-morbilidades	<ul style="list-style-type: none">• Gravidade da sintomatologia e existência de comorbilidades
A própria terapêutica	<ul style="list-style-type: none">• Complexidade e duração do regime terapêutico e ausência imediata de melhoria
Individuais relativos à pessoa	<ul style="list-style-type: none">• Ausência de informação, auto-conhecimento e percepção da doença

Caracterização do cuidador familiar

Da entrevista de família apura-se que o filho, apesar de não ter consciência do número elevado de episódios de urgência registados e de estes poderem estar relacionados com a toma inadequada ou mesmo a não toma dos medicamentos, tem consciência das doenças da D^a R. e da necessidade de cumprir rigorosamente o seu regime medicamentoso, bem como a monitorização diária da doença.

Da aplicação do IAI obteve-se a seguinte pontuação:

Aplicação do IAI – Resultados do perfil Biopsicossocial da S^a F.

	Pontuação
Sexo	2
Idade	2
Queixas Saúde	3
Estado Nutricional	3
Quedas	3
Locomoção	3
Autonomia Física	3
Autonomia Instrumental	3
Queixas Emocionais	2
Estado Cognitivo	3
Estado Social	3
Hábitos	3

Da análise do perfil biopsicossocial do Sr^o F. conclui-se que apresenta altos níveis de autonomia sendo que, em entrevista de família, demonstra vontade em colaborar na supervisão das tomas e na monitorização dos parâmetros da doença.

Intervenções para aumento da adesão terapêutica	
INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS	
Administração de informação	
Oral (Informação acerca do estado de saúde, diagnóstico e prognóstico da doença)	1
Escrita (Disponibilização de informação em suporte papel acerca da insuficiência cardíaca)	2
Programa de educação individual (Ensino à família acerca do regime medicamentoso)	3
INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS	
Aumento da comunicação e aconselhamento	
Direto	1
Seguimento direto por via telefónica (Inclui a monitorização da eficácia das intervenções e o estado de saúde do idoso)	2
Intervenção familiar (Entrevista de família e envolvimento da família nos ensinos de preparação para alta)	3
Visita Domiciliária	4
Envolvimento dos doentes no seu tratamento	
Auto-monitorização da doença (Capacitar o idoso/família para monitorizar a glicemia, tensão arterial, função respiratória)	5
Memorandos	
Informação visual sobre a toma da medicação	6
Recompensa pela melhoria da adesão e resultados terapêuticos	
Facilitação na aquisição de aparelhos de monitorização de tensão arterial e glicémia	7

Recorrendo ao modelo gráfico de Perera & Yudkin (2007), sistematiza-se as intervenções educacionais e comportamentais ao longo do tempo em que decorreu o acompanhamento deste caso clínico:

Monitorização de intervenções complexas de adesão							
5 Dez	6 Nov	13 Nov	20 Nov	27 Nov	3 Dez	10 Dez	22 Dez
1,2,3,1,5,6	2	4	2	2	2	2	2
7 Jan	21 Jan	15 Feb					
2	2	2					

DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO 2

Após a análise deste caso clínico destacamos o facto de estarmos perante uma idosa com elevado grau de autonomia, estado cognitivo mantido, sem grandes necessidades de suporte social e com um filho que é uma pessoa minimamente presente. O elevado número de episódios de urgência, aliado ao facto de a Sr^a R. não apresentar grandes conhecimentos acerca do seu regime medicamentoso, gerindo autonomamente as tomas à medida daquilo que pensa serem as suas necessidades, leva-nos a interpretar este comportamento como um estilo de gestão de regime medicamentoso *negligente* (Bastos & Paiva e Silva, s.d.). As intervenções de enfermagem devem-se adequar e variar quanto à forma, conteúdo, intensidade e intencionalidade de acordo com o estilo de gestão (Ibidem, sd). Neste caso concreto, pareceu-nos fundamental a inclusão do filho na fase de educação para a auto-gestão, funcionando também ele como um “agente monitorizador”, facilitando por isso todo o processo. Apesar das dificuldades encontradas, durante o período em que decorreu este estudo, não existiram novos episódios de descompensação, o que só por si já é um sinal positivo e indicia que, as intervenções comportamentais para o aumento da Adesão, poderão ter sido eficazes na aquisição de competências comportamentais que levam a uma mudança de comportamentos (WHO, 2003)

CONCLUSÃO

O envelhecimento mundial da população é uma vitória e uma conquista para a Humanidade. No entanto, é emergente que as sociedades se reinventem por forma a cuidarem dos seus idosos. Ser idoso é condição *sine qua non* para ter de viver com uma doença crónica e essa terá de ser uma próxima conquista, sob pena de a Humanidade ter criado sobre si própria um problema, ao querer que o Homem viva cada vez mais e mais anos.

Na gestão de casos de doença crónica, a evidência científica mostra-nos vários caminhos. O papel do enfermeiro nos casos de não adesão a regimes medicamentosos parece-nos ser um elo essencial, no caminho que existe entre a prescrição e a toma efetiva de medicamentos. Da realização deste trabalho, denotamos um desconhecimento generalizado desta temática, o que só por si acarreta dificuldades acrescidas na implementação de programas de adesão. No entanto, a consciencialização relativamente aos problemas dos idosos e a importância da manutenção da sua autonomia, independência e qualidade de vida deve constituir uma preocupação global e transversal a todas as disciplinas.

Este trabalho, recorrendo a uma estrutura conceptual, operacionalizável e que sustenta o desenvolvimento de um processo de enfermagem na sua globalidade, teve a ambição de ser uma mais-valia na aquisição e aperfeiçoamento de competências específicas no cuidado à pessoa idosa e família. Cabe ao enfermeiro especialista assumir um papel dinamizador não só na construção mas também na divulgação do saber adquirido aos dos outros profissionais.

ANEXOS DO ESTUDO DE CASO

PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA

CONSENTIMENTO INFORMADO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Carlos Miguel Duarte
Serviço de Urgência Geral
Centro Hospitalar de Setúbal

AO S. E. F.

Autorizado
Olga Maria Ferreira
Enfermeira Diretora
185.11.92

A/c Ex^a Sr^a Enfermeira Diretora Olga Ferreira

05, Novembro de 2012

No âmbito no III Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi-me proposto, no âmbito daquilo que é o plano de estudos do referido curso, a realização de um estágio de 500h com relatório para posterior discussão pública, com o objetivo de obter o título profissional de enfermeiro-especialista e o grau académico de Mestre. Através da metodologia de projeto, proponho-me estudar: **“O papel do enfermeiro na adesão do idoso com insuficiência cardíaca ao seu regime medicamentoso”** no período compreendido entre o dia 1 de Outubro de 2012 e o dia 28 de Fevereiro de 2013, integrando para isso a equipa de gestão de altas do Centro Hospitalar de Setúbal, sob a tutoria da enfermeira-especialista Rosa Piteira.

A implementação do projeto visa a aquisição de competências específicas de enfermeiro-especialista e implica um acompanhamento estreito da pessoa/família durante o internamento no Centro Hospitalar e preparação para a alta, com uma maior incidência nas intervenções de enfermagem mais eficazes e que promovam uma adesão total ou parcial da pessoa/família ao regime medicamentoso prescrito, envolvendo-se para isso, outros elementos da equipa multi-disciplinar.

Dadas as suas características, a utilização de um modelo de estudo-caso parece-nos o mais adequado no sentido de atingir alguns dos objetivos propostos no projeto. Assim, integrado no processo de enfermagem, a colheita de dados será realizada através de entrevista de família e registada por escrito em instrumento próprio criado para este efeito. Todas as intervenções autónomas atendem a uma prática baseada na evidência e serão devidamente validadas com os enfermeiros tutores.

Face ao exposto, peço a vossa autorização para a utilização de dados referentes à colheita de dados no estudo de caso, comprometendo-me a salvaguardar os princípios éticos como a confidencialidade e anonimato dos intervenientes. Anexo também consentimento informado e termo de responsabilidade para apreciação por V^a Ex^a.

Sem outro assunto, peço deferimento

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____

declaro que tomei conhecimento e autorizo, a utilização de todos os dados recolhidos ao longo da entrevista de enfermagem, na realização de um trabalho académico no âmbito do III mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, desde que a identificação das pessoas referenciadas no referido trabalho, permaneça no anonimato.

Encontro-me também informado(a) acerca do direito de recusar a participação neste estudo e sobre a possibilidade de, no caso de aceitar, poder em qualquer momento abandoná-lo, sem qualquer tipo de prejuízo para a minha parte.

Considero-me perfeitamente esclarecido(a), sendo que obtive resposta para todas as dúvidas que envolviam a minha participação neste estudo, pelo que autorizo a utilização e divulgação dos dados.

Setúbal, _____ de _____ de 201_____

Assinatura do participante no estudo

Carlos Duarte, Enfermeiro

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Carlos Miguel Alves Duarte, enfermeiro a exercer funções no Serviço de Urgência de Geral do Centro Hospitalar de Setúbal e atualmente a frequentar um ensino clínico na equipa de gestão de altas no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, comprometo-me a salvaguardar do ponto de vista ético-, egal e deontológico, todas as informações, que de forma privilegiada, me possam ser confiadas no âmbito do processo de enfermagem, sendo que as mesmas só poderão ser utilizadas, na realização de um estudo de caso de cariz académico, após a celebração de um consentimento informado entre os envolvidos.

__, de _____ de 201__

Carlos Miguel Alves Duarte

APÊNDICE 5
FOLHETO FOLLOW-UP

Insuficiência Cardíaca

Centro
Hospitalar
Setúbal



A ajuda de outra pessoa pode ser importante!¹⁰

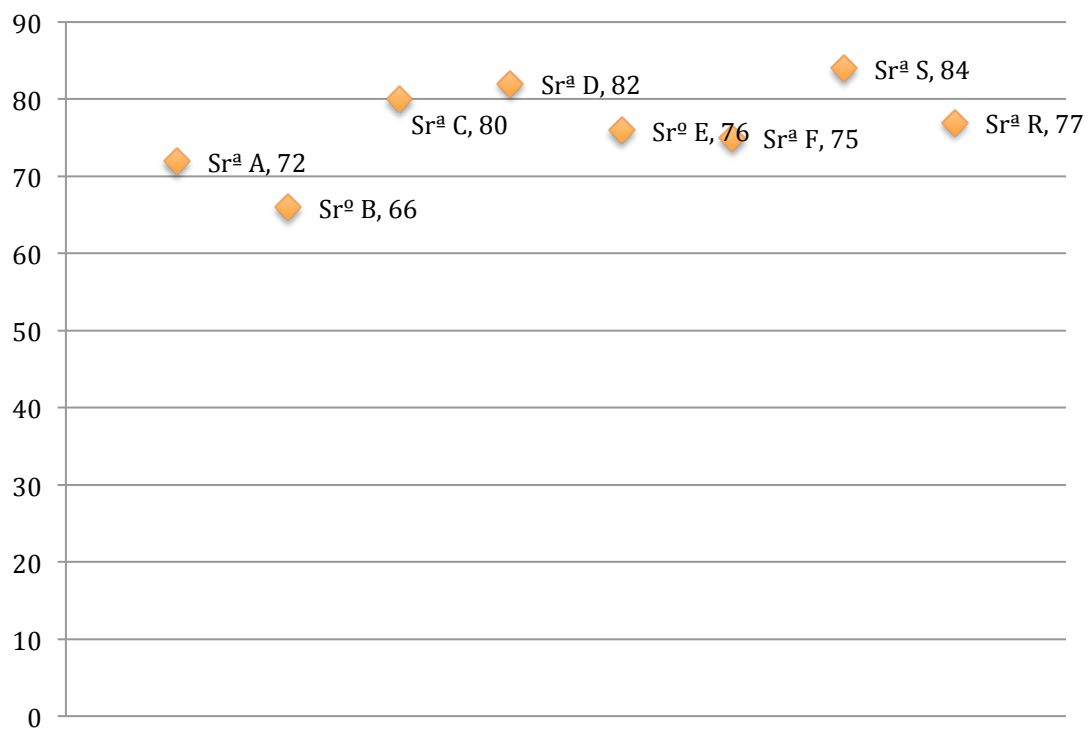
[illegible]

Quando for contactado ou quando vier a uma consulta, ou quando tiver de voltar ao hospital por qualquer motivo, traga este folheto consigo.

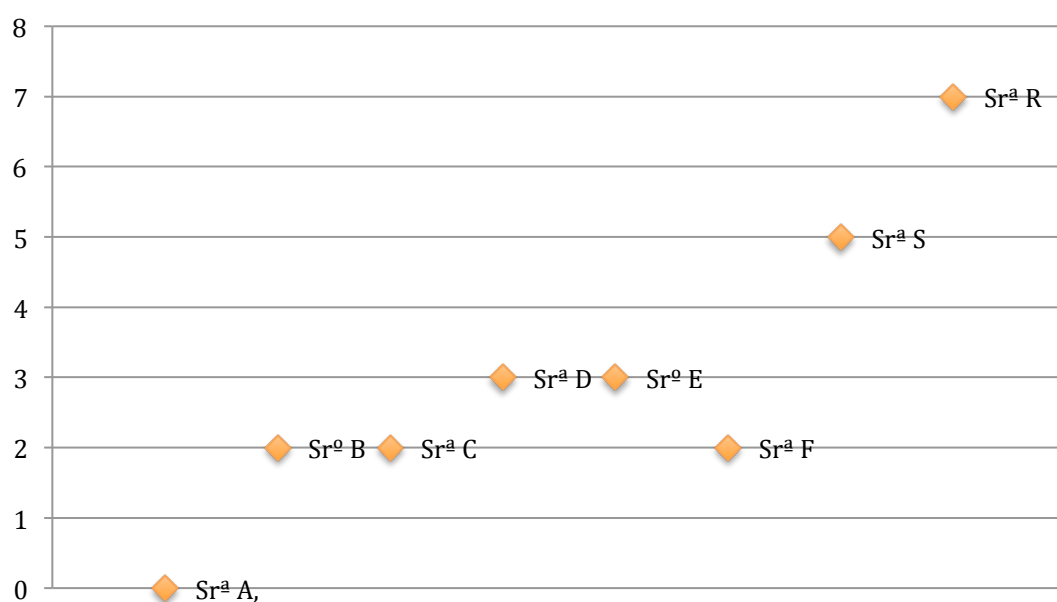
APÊNDICE 6

GRÁFICOS DE RESULTADOS

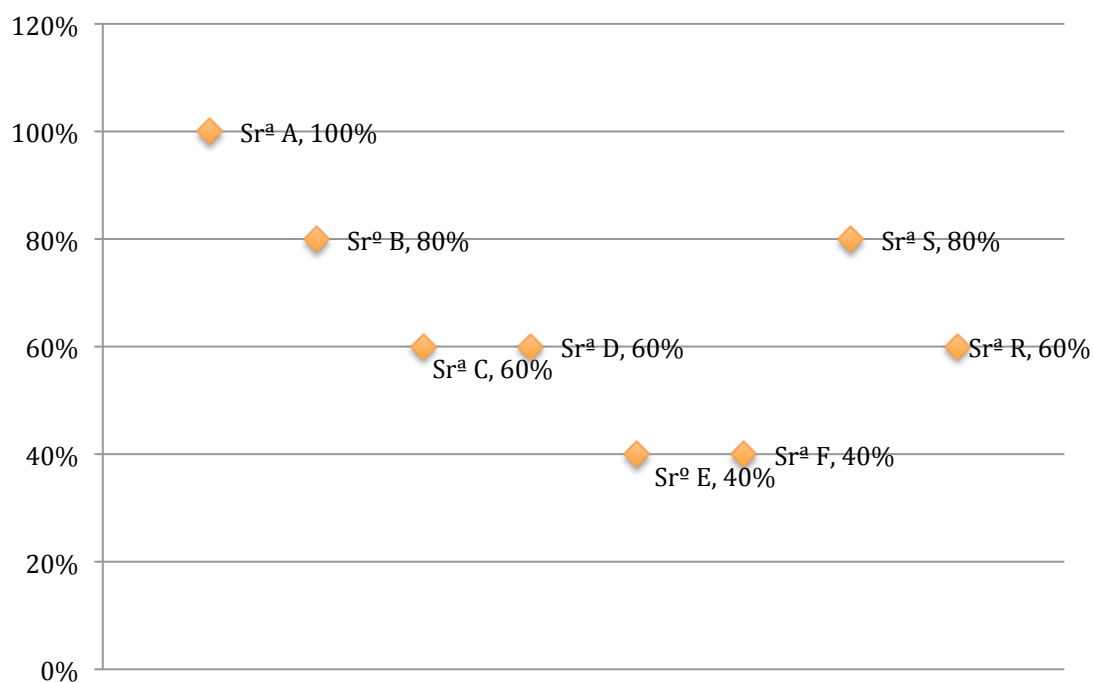
Distribuição - Idades



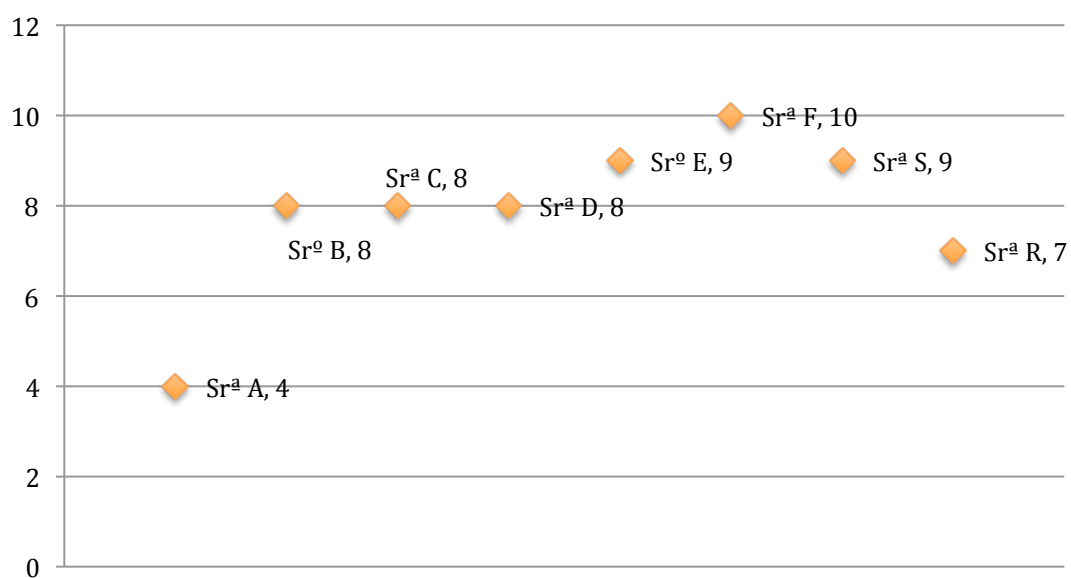
Número Episódios Urgência - últimos 6 meses



Resultados - Questionário Auto-Relato Morisky Modificado



Pontuação Questionário de Depressão Geriátrica de Yesavage Reduzida



3 Principais Fatores preditores identificados

